**Deutscher Bundestag**
**9. Wahlperiode**

**Drucksache 9/1300**

02. 02. 82

Sachgebiet 8230

# Unterrichtung

## durch die Bundesregierung

### Bericht der Bundesregierung nach Artikel 2 § 6 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes

Inhaltsübersicht



*Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 29. Januar 1982.*

## A. Berichtsauftrag

**1.** Artikel 2 § 6 des Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherung-Kostendämpfungsgesetz — KVKG) vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069) bestimmt:

„Die Bundesregierung hat den gesetzgebenden Körperschaften bis zum 31. Dezember 1981 einen Bericht über die Erfahrungen mit der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, den Bundesempfehlungen zur Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge sowie über die Auswirkung der Regelungen über die Gesamtvergütungen und die Arzneimittelhöchstbeträge vorzulegen. Sie hat außerdem darzulegen, inwieweit die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in Übereinstimmung mit der Einkommensentwicklung der Versicherten steht. Soweit sich aus dem Bericht die Notwendigkeit zu gesetzgeberischen Maßnahmen ergibt, soll die Bundesregierung einen Vorschlag machen."

**2.** Der Berichtsauftrag enthält demnach im wesentlichen drei Themenkreise für den Bericht, die sich auf

a) Fragen nach der Funktionstüchtigkeit derjenigen Instrumente des Kostendämpfungskonzepts für die gesetzliche Krankenversicherung, durch die insbesondere, vermittels vertraglicher Regelungen, die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen begrenzt werden soll,

b) eine Darstellung, inwieweit die Ausgabenentwicklung mit der Einkommensentwicklung der Versicherten in Übereinstimmung steht,

c) Notwendigkeiten zu gesetzgeberischen Maßnahmen

zu erstrecken haben.

## B. Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse

1. Die mit dem KVKG geschaffenen Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zielen vor allem darauf ab, die künftigen Ausgabenzuwächse in Übereinstimmung mit der Leistungsfähigkeit der Gesamtwirtschaft und der Lohn- und Gehaltsentwicklung der Versicherten zu bringen. Entsprechend dem im KVKG geschaffenen Kostendämpfungskonzept in der gesetzlichen Krankenversicherung soll dies im wesentlichen durch ein Zusammenwirken von Maßnahmen der finanziellen Globalsteuerung zur Anpassung der Veränderungsraten wichtiger Ausgabenbereiche an die Einkommensentwicklung der Versichertengemeinschaft, durch die Verstärkung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sowie durch Maßnahmen, die die medizinische Notwendigkeit von Leistungen der Krankenversicherungsträger verdeutlichen sowie das Kostenbewußtsein der Versicherten verstärken, erreicht werden. Ziel dieses Kostendämpfungskonzepts ist die langfristige Sicherung eines medizinisch hohen Niveaus bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung einerseits und die Stabilisierung der Beitragssätze andererseits. Grundgedanke dieses Konzepts ist die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik. Damit ist durch den Gesetzgeber des KVKG eine politische Entscheidung für eine Einpassung wesentlicher Teile des Gesundheitssystems in den Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung vorgenommen worden.

2. Die Verwirklichung der Kostendämpfungsziele ist durch das KVKG im wesentlichen in die Verantwortung der Selbstverwaltung gelegt worden. Dies hat sich zwar grundsätzlich bewährt, es gibt aber nach den bisherigen Erfahrungen in verschiedenen Bereichen Reibungsverluste, die teilweise durch eine unzureichende und von den Kassenarten teilweise auch unterschiedlich gehandhabte Ausschöpfung der in den Regelungen des KVKG zur Verfügung gestellten Kostendämpfungsinstrumente entstehen.

3. Nach den vorliegenden Erfahrungen hat sich das Kostendämpfungskonzept des KVKG einschließlich der Kostendämpfungsinstrumente insgesamt als grundsätzlich wirksam erwiesen. Dies bestätigen die Ausgabenentwicklung im unmittelbaren Anschluß an das Inkrafttreten des KVKG sowie die erreichte Beitragssatzstabilität in den Jahren 1977 bis 1980. Zur langfristigen Stabilisierung der Finanzierungsgrundlagen bedarf das Kostendämpfungskonzept aber auch der Ergänzung und Weiterentwicklung.

4. Grundsätzlich bewährt hat sich auch die mit dem KVKG gesetzlich verankerte Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Sie beruht auf der freiwilligen Zusammenarbeit der wichtigsten im Gesundheits- und Sozialwesen beteiligten Gruppen. Als nachteilig für die Steuerungsaufgabe der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen hatte sich allerdings das bisherige Fehlen einer eindeutigen Einbeziehung des wichtigen Ausgabenbereichs für die Krankenhauspflege erwiesen.

5. Die Erfahrungen mit der Anwendung der Kostendämpfungsinstrumente des KVKG insbesondere im von der Selbstverwaltung zu gestaltenden vertraglichen Bereich werden in Stellungnahmen der Spitzenorganisationen der Krankenversicherungsträger sowie der Kassenärzte und Kassenzahnärzte, die sich an einem vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Rahmen der Vorbereitung dieses Berichts vorgelegten Fragenkatalog orientieren, dargestellt (Anlage 2). Von den weiteren in der Konzertier-

ten Aktion vertretenen Spitzenorganisationen, denen eine Berichtsabgabe anheimgestellt worden ist, haben sich diejenigen, deren Berichte in der Anlage 3 veröffentlicht sind, geäußert.

6. Die nach den bisherigen Erfahrungen notwendigen vordringlichen Maßnahmen sind mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz) vom 22. Dezember 1981 sowie mit dem Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz — KVEG) vom 22. Dezember 1981 ergriffen worden. Hinzuweisen ist ferner auf die im Zusammenhang mit der Beschlußfassung des Deutschen Bundestages zum Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz gefaßte Entschließung, wonach der Deutsche Bundestag weitere Maßnahmen erwägen wird, wenn die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung die Grundlohnentwicklung übersteigt und dadurch die Beitragssatzstabilität gefährdet wird.

7. Im Zusammenhang mit der Beschlußfassung über den Regierungsentwurf zum Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz hat die Bundesregierung ferner festgestellt, daß weiterreichende Maßnahmen erforderlich sind, um die darüber hinaus bestehenden strukturellen Probleme im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu lösen. Die Bundesregierung hat daher beschlossen, hierzu einen gesonderten Gesetzentwurf vorzubereiten.

## C. Einzelfeststellungen

### I. Erfahrungsbericht

#### 1. Ziele des KVKG

Die Zielsetzungen des mit dem KVKG in seinen grundsätzlichen Zügen verwirklichten Kostendämpfungskonzepts sind in der Begründung des seinerzeitigen Regierungsentwurfs allgemein unter anderem wie folgt beschrieben worden:

— das erreichte medizinische Versorgungsniveau der versicherten Bevölkerung aufrechtzuerhalten, den medizinischen Fortschritt weiter zu ermöglichen und den dafür erforderlichen Finanzbedarf mit der Belastbarkeit der Volkswirtschaft und der Beitragszahler in Übereinstimmung zu bringen;

— den Handlungsspielraum der Versicherten, Ärzte und Krankenhäuser über ihre Selbstverwaltungseinrichtungen zu erweitern und ihnen gleichzeitig wirksame Instrumente zur bedarfsgerechten und kostengünstigeren Versorgung der Versicherten zu geben. Dies soll zugleich weitere staatliche Eingriffe, in das Gesundheitswesen überflüssig machen.

Diese Ziele sind durch eine Reihe von gesetzlichen Maßnahmen verwirklicht worden, von denen — begrenzt auf den Zusammenhang des Berichtsauftrags — insbesondere die Globalsteuerungsinstrumente des Kostendämpfungskonzepts hervorzuheben sind. Es handelt sich insoweit um die Regelungen über die Grundlagen und die Veränderungskriterien für die Gesamtvergütungen für die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Leistungen sowie die darauf gerichteten maßgeblichen Empfehlungen auf Bundesebene, nämlich die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen oder — subsidiär — die Empfehlungen der beteiligten Spitzenorganisationen der Krankenkassen und Kassenärzte auf Bundesebene. Gleiches gilt auch für das Instrument der Arzneimittelhöchstbeträge und der auf ihre Veränderung gerichteten Empfehlungen, mit denen Orientierungsgrößen für die Verordnungsmengen im Bereich der in der kassenärztlichen Versorgung verschriebenen Arzneimittel geschaffen werden. Die in der Zielsetzung des KVKG angesprochene Anpassung in den gesamtwirtschaftlichen Rahmen erfolgt vermittels des für die Veränderung der Gesamtvergütungen als maßgeblich im Gesetz geregelten Kriteriums der zu erwartenden Entwicklung der Grundlohnsumme als der Summe der beitragspflichtigen Entgelte, welche die Einnahmensituation der Versichertengemeinschaft widerspiegelt, aus deren Beiträgen das Finanzierungsaufkommen der gesetzlichen Krankenversicherung resultiert. Mit den entsprechenden Regelungen ist die grundsätzliche politische Entscheidung des Gesetzgebers für eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik in der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden.

#### 2. Stärkung der Selbstverwaltung

Ein maßgebliches Charakteristikum des Kostendämpfungskonzepts ist ferner, daß die Regelungen an der grundsätzlichen Verantwortung der Selbstverwaltung für das Funktionieren der gesetzlichen Krankenversicherung anknüpfen. Die Durchführung der mit diesen Regelungen verbundenen Aufgaben der Umsetzung und vertraglichen Ergänzung des Kostendämpfungskonzepts ist der Selbstverwaltung übertragen. So gesehen stellen die maßgeblichen Instrumente Unterstützungen der sich in der Selbstverwaltung verwirklichenden Handlungsmöglichkeiten dar. So ist auch im Zusammenhang mit dem KVKG die Anstrengung der Selbstverwaltung, die mit der Kostenentwicklung verbundenen Aufgaben zu bewältigen, vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung anerkannt worden. Die Regelungen des KVKG sind daher in der Begründung des Regierungsentwurfs auch als „Steuerungsmechanismen“ bezeichnet worden, die es der Selbstverwaltung ermöglichen, dazu beizutragen, die Ausgabenentwicklung zu bremsen und sie möglichst weitgehend der Entwicklung der Versicherteneinkommen anzupassen.

#### 3. Regelungen und Empfehlungen zur Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge

Zu den im Berichtsauftrag angesprochenen Regelungen und Empfehlungen zur Veränderung der Gesamtvergütungen und Arzneimittelhöchstbeträge ist kurz folgendes zu bemerken:

— Regelungen und Empfehlungen zur Veränderung der Gesamtvergütungen —

Für die ambulante kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung entrichten die Krankenkassen aufgrund von in einem Gesamtvertrag zwischen ihren Landesverbänden und den zuständigen Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen näher vereinbarten Einzelheiten eine Gesamtvergütung für einen bestimmten Zeitraum. Die Art der Berechnung der Gesamtvergütung ist den Vertragspartnern überlassen. Von maßgeblicher Bedeutung sind die Verfahren der Veränderung dieser Gesamtvergütungen, für die das KVKG folgende Regelungen geschaffen hat. Die Vertragspartner haben bei ihrer Vereinbarung über die Veränderung der Gesamtvergütung einkommensabhängige wirtschaftliche Kriterien (die zu erwartende Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkassen) sowie arztspezifische Kriterien (Praxiskosten und die für kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendende Arbeitszeit sowie Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen) zu berücksichtigen. Hierbei ist für die Einnahmenorientierung die zu erwartende Entwicklung der Grundlohnsumme maßgeblich. Um die auf Landesebene sich vollziehenden Vorgänge in einen bundesweiten Rahmen sowie den allgemeinen gesamtwirtschaftlichen Prozeß rational einzubeziehen, ist vorgeschrieben, daß die Vertragspartner hierbei von Krankenkassen und Kassenärzten gemeinsam getragene Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen oder, falls solche nicht vorliegen, gemeinsame Empfehlungen der Spitzenorganisationen der Krankenkassen und Kassenärzte auf Bundesebene angemessen zu berücksichtigen haben.

Die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen für die Veränderung der Gesamtvergütungen sind jährlich einmal bis zum 31. März abzustimmen und abzugeben. Diese Empfehlungen haben aufgrund der Orientierungsdaten die Einpassung in den möglichen Finanzierungsspielraum aufgrund der voraussichtlichen Entwicklung des Beitragsaufkommens auf dem Hintergrund der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen und im Berichtszeitraum sichergestellt. Über die Orientierungsdaten der Konzertierten Aktion zur Veränderung der Gesamtvergütungen sowie über die tatsächliche Entwicklung gibt die nachstehende Übersicht 1 Hinweise.

— Regelungen und Empfehlungen zur Veränderung der Arzneimittelhöchstbeträge —

Mit dem Instrument der Arzneimittelhöchstbeträge und der auf ihre Veränderung gerichteten Empfehlungen soll eine allgemeine Orientierungsgröße für die zu erwartenden und möglichen Verordnungen der Kassenärzte im Bereich der Arzneimittelversorgung geschaffen werden, die dazu beiträgt, die für die Arzneimittelverordnung maßgebliche Wirtschaftlichkeit sicherzustellen. Bei den Arzneimittelhöchstbeträgen handelt es sich um globale Größen, die die Mengen- und Preiskomponente der Arzneimittel nicht festlegen. Diese „Offenheit" hat dazu geführt, daß durch die beteiligten Verbände der Krankenkassen und Kassenärzte auf Bundes- und Landesebene ergänzende vertragliche Regelungen geschaffen wurden. Diese Regelungen zielen vor allem auf die Durchführung einer frühzeitigen Information der Kassenärzte über die Entwicklung der Arzneimittelausgaben und Verordnungsmengen sowie die Verbesserung der dafür notwendigen Datenbasis, um vor einer drohenden Überschreitung der Arzneimittelhöchstbeträge eine erfolgreiche „Frühwarnung" aussprechen zu können, die dazu beiträgt, die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen zu erhöhen. Wegen der Erfahrungen in diesem Bereich,

Übersicht 1

**Veränderungsraten je Mitglied**
in v. H.

| | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 |
|---|---|---|---|---|
| Orientierungsdaten der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zur Veränderung der Gesamtvergütungen[1] | 5 1/2 | 5 1/2 | rd. 6 | rd. 4 |
| Tatsächlich eingetretene Entwicklung des Grundlohnes[2] | 5,0 | 6,2 | 5,4 | 4,8[3] |
| Tatsächlich eingetretene Entwicklung der Ausgaben für | | | | |
| – ärztliche Behandlung | 4,0 | 5,6 | 7,0 | 7,2[3] |
| – zahnärztliche Behandlung[2] | 6,1 | 3,7 | 4,0 | 6,4[3] |

[1]) Unterlagen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen

[2]) nähere Einzelheiten zu den Quellen siehe Übersicht 3

[3]) 1. bis 3. Quartal 1981

wie sie von den beteiligten Verbänden gemacht worden sind, wird auf die Einzelberichte, die in den Anlagen dieses Berichts beigefügt sind, verwiesen.

Über die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zur Veränderung der Arzneimittelhöchstbeträge sowie die tatsächlichen Entwicklungen in diesem Bereich gibt die nachstehende Übersicht 2 Hinweise.

Übersicht 2

| | Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen über die Veränderung der Arzneimittelhöchstbeträge | Tatsächlich eingetretene Entwicklung der Ausgaben für Arzneimittel[1]) |
|---|---|---|
| | – Veränderungsraten je Mitglied – | |
| 1978 | + 3,5 v.H.[2]) | + 6,4 v.H. |
| 1979 | + 5,7 v.H. | + 5,4 v.H. |
| 1980 | + 5,9 v.H. | + 8,8 v.H. |
| 1981 | + 4,5 v.H.[3]) | + 8,3 v.H.[4]) |

[1]) Ergebnisse der Jahresrechnungen der Krankenkassen

[2]) für 2. Halbjahr 1978 gegenüber der Hälfte der Gesamtausgaben für verordnete Arzneimittel im Jahre 1977

[3]) Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat empfohlen, die Arzneimittelhöchstbeträge für den Zeitraum vom 1. Januar 1981 bis 31. März 1982 so festzusetzen, daß sich die Ausgaben je Mitglied um 4,5 v.H. von fünf Viertel der Ausgaben des Jahres 1980 erhöhen.

[4]) Entwicklung im 1. bis 3. Quartal 1981 (vierteljährliche Statistik der Krankenkassen)

Durch die Regelungen über die Arzneimittelhöchstbeträge und die auf ihre Veränderung gerichteten Empfehlungen wurde indessen nur ein Teilbereich der ausgabenwirksamen Verordnungstätigkeit der Kassenärzte abgedeckt, da insbesondere die Verordnung von Heilmitteln (dazu gehört insbesondere der Bereich der physikalischen Therapie) keiner entsprechenden Steuerung durch ein vergleichbares Instrument unterlag. Dies war um so mehr von Nachteil, als hinsichtlich der Verordnung von Arzneimitteln und Heilmitteln in einem gewissen Umfang sowohl in medizinischer als auch wirtschaftlicher Hinsicht ein Zusammenhang besteht, der Substitution und damit eine „Ausweichmöglichkeit" aus dem Kostendämpfungskonzept zuläßt. In Anlehnung an die bereits geschaffenen Regelungen über die Arzneimittelhöchstbeträge sind daher durch das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vergleichbare Steuerungsinstrumente insbesondere mit der Einführung eines Heilmittelhöchstbetrages geschaffen worden.

#### 4. Erfahrungen mit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen

a) Auf der Grundlage der Regelungen in § 405 a RVO sind durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung insgesamt 60 Mitglieder in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, wie nachstehend aufgeführt, berufen worden:

| | Mitglieder |
|---|---|
| Bundesverband der Ortskrankenkassen | 3 |
| Bundesverband der Betriebskrankenkassen | 2 |
| Bundesverband der Innungskrankenkassen | 2 |
| Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen | 2 |
| Bundesknappschaft | 2 |
| Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. | 3 |
| Verband der privaten Krankenversicherung e. V. | 2 |
| Kassenärztliche Bundesvereinigung | 3 |
| Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung | 2 |
| Bundesärztekammer | 5 |
| Bundesverband der Deutschen Zahnärzte | 1 |
| Deutsche Krankenhausgesellschaft | 3 |
| Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker | 1 |
| Bundesverband der pharmazeutischen | 1 |
| Industrie | 3 |
| Deutscher Gewerkschaftsbund | 4 |
| Deutsche Angestellten-Gewerkschaft | 1 |
| Deutscher Beamtenbund | 1 |
| Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände | 6 |
| Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände | 3 |
| Bundesländer | 11 |

In ihrer konstituierenden Sitzung am 12. Dezember 1977 beschlossen die Mitglieder der Konzertierten Aktion, zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben jährlich zwei Sitzungen durchzuführen. Die Frühjahrssitzung dient im wesentlichen der Aufgabe, jährlich bis zum 31. März Empfehlungen insbesondere über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge abzugeben. In einer weiteren Sitzung im Herbst jeden Jahres sollen Strukturprobleme des Gesundheitswesens erörtert und ggf. Empfehlungen sowie Vorschläge zur Rationalisierung und zur Erhöhung der Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens abgestimmt werden.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat auf dieser Grundlage bisher neun Sitzungen durchgeführt. Sie sind von einem Vorbereitenden Ausschuß vorbereitet worden, dem Vertreter der beteiligten Organisationen angehören.

b) Der gesetzliche Auftrag, jährlich Empfehlungen insbesondere über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge abzugeben, konnte im wesentlichen erfüllt werden. Die Empfehlungen wurden unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung und auf der Grundlage der vom Bundesarbeitsminister zur Verfügung gestellten Orientierungsdaten abgegeben. Eine Abstimmung der wesentlichen Orientierungsdaten erfolgte im Vorbereitenden Ausschuß. Keine gemeinsame Empfehlung kam für den Bereich der zahnärztlichen Gesamtver-

gütung im Jahre 1978 zustande, weil die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung der von der Konzertierten Aktion beschlossenen Empfehlung innerhalb der vereinbarten Erklärungsfrist nicht zustimmte. Die Entwicklung der Ausgaben für zahnärztliche Behandlung lag im Jahre 1978 deutlich über dem Anstieg der Grundlöhne (vgl. Übersicht 3).

Auffassungsunterschiede ergaben sich ferner in der Frage, inwieweit die Abgabe von Empfehlungen zur Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich zu den gesetzlichen Aufgaben der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen gehört. Zwar hat sich die Konzertierte Aktion in jedem Jahr auf Aussagen zu dieser Frage verständigt. Es bestand allerdings keine einheitliche Auffassung über die Notwendigkeit und die Verbindlichkeit der Erklärungen. Durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz ist dazu eine Regelung erfolgt, die klarstellt, daß auch der Krankenhausbereich in den Empfehlungsauftrag der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen einbezogen ist.

c) Auch in den Sitzungen, die der Erörterung von Strukturproblemen des Gesundheitswesens gewidmet waren, hat die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen weitgehend gemeinsame Empfehlungen und Vorschläge abgestimmt. Im einzelnen hat sie zu folgenden Problembereichen Stellung genommen:

— Entwicklung der Zahl der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte sowie Apotheker (10. Oktober 1978),

— Bettenüberhang im Krankenhausbereich (22. März 1979),

— Fragen der Arzneimittelversorgung (22./23. November 1979),

— Fragen der Gesundheitsvorsorge in der gesetzlichen Krankenversicherung (22./23. November 1979),

— Fragen einer humanen Krankenversorgung (24. November 1980),

— Fragen der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (24. November 1980),

— Fragen der Wirtschaftlichkeit bei der Versorgung mit Zahnersatz (23. März 1981),

— Empfehlung zum Krankentransport und Rettungswesen (7. Oktober 1981).

Die Empfehlungen und Erklärungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zu Strukturfragen richten sich an die Selbstverwaltung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, an die Beteiligten der Konzertierten Aktion sowie schließlich auch an den Gesetzgeber. In ihrer Sitzung am 7. Oktober 1981 hat die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sich mit einer Bilanz der Umsetzung der Empfehlungen und Erklärungen befaßt, aus der sich ergibt, daß für wichtige Punkte eine Umsetzung erfolgt ist oder zumindest Aktivitäten in dieser Richtung aufgenommen worden sind. Dies gilt beispielsweise auch für den Fragenkreis der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln und der Wirtschaftlichkeit bei der Versorgung mit Zahnersatz, auf den sich eine Reihe von Regelungen im inzwischen verabschiedeten Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz beziehen. Gleichwohl bedürfen Strukturprobleme, deren Lösung innerhalb der Handlungsspielräume der in der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen Beteiligten nicht möglich ist, der Lösung durch den Gesetzgeber.

d) Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich als eine Einrichtung partnerschaftlicher Verständigung der am Gesundheitswesen Beteiligten grundsätzlich bewährt. Dazu hat vor allem die Bereitschaft aller Mitglieder zu konstruktiver Mitarbeit beigetragen. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß in einem Gremium, in dem Organisationen mit unterschiedlichen Interessen beteiligt sind, gemeinsame Ergebnisse erzielt werden können, wenn die Bereitschaft der Beteiligten zur Mitwirkung und zur Verständigung vorhanden ist. Zwar bleibt festzustellen, daß der Empfehlungscharakter der möglichen Beschlüsse der Konzertierten Aktion nur solche Ergebnisse zuläßt, die von allen Beteiligten gemeinsam getragen werden. Die darin begründete Notwendigkeit des Dialogs unter den beteiligten Gruppen und der Vorbereitung von Sitzungen der Konzertierten Aktion ebenso wie die im Konsensfalle breite Wirkung von Empfehlungen haben sich indessen als nützlich erwiesen. Die notwendige Verständigung der unmittelbar Beteiligten kann allerdings dazu führen, daß wesentliche Fragen bereits im Vorfeld einer Sitzung der Konzertierten Aktion ausgeklammert oder intern geklärt und damit einer breiteren Diskussion entzogen werden.

Das Vorhandensein gesetzlicher Rahmenregelungen hat dazu beigetragen, daß alle Beteiligten zur notwendigen Mitwirkung bisher bereit waren.

Die Funktionsfähigkeit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen erscheint allerdings auf Dauer nur dann gesichert, wenn alle Ausgabenbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgewichtig in den Empfehlungsauftrag der Konzertierten Aktion einbezogen werden. Die Bundesregierung sieht deshalb in der durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz und das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz erfolgten Klarstellung, daß die Empfehlungen der Konzertierten Aktion zur Veränderung der Leistungsausgaben sich auch auf den Bereich der stationären Versorgung sowie auf die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sowie Zahnersatz erstrecken sollen, einen wichtigen Schritt zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen. Von Bedeutung ist, daß die Beteiligten bereit sind, die jeweiligen Empfehlungen umzusetzen.

Im übrigen werden Veränderungen weder hinsichtlich der Zahl der Mitglieder oder der beteiligten Organisationen noch in organisatorischer Hinsicht für erforderlich gehalten.

**5. Erfahrungen mit Empfehlungen der Spitzenorganisationen der Krankenkassen und Kassenärzte (Kassenzahnärzte) auf Bundesebene zur Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge (Bundesempfehlungen)**

Nach den gesetzlichen Vorschriften (§ 368 f Abs. 4 und Abs. 7 RVO) sind Bundesempfehlungen nur dann abzugeben, wenn die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen keine entsprechenden Empfehlungen abgegeben hat, der die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärzte zugestimmt haben.

Diese gesetzlichen Voraussetzungen zur Abgabe einer Bundesempfehlung waren lediglich für den Bereich der kassenzahnärztlichen Gesamtvergütungen im Jahre 1978 erfüllt, als die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung der Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen nicht zustimmte. In der Folge kam auch über die Abgabe einer Bundesempfehlung kein Einvernehmen zustande.

**6. Erfahrungen mit der Anwendung der Kostendämpfungsinstrumente durch die Selbstverwaltung**

Allgemein ist die Erwartung des Gesetzgebers, die er in die Handlungskapazität der Selbstverwaltung bei der Verwirklichung der Kostendämpfung gesetzt hat, als erreichbar anzusehen. Gleichwohl sind in einigen Bereichen „Reibungsverluste" bei der Anwendung des Gesetzes aufgetreten, die sich negativ für die Verwirklichung wirksamer Kostendämpfung ausgewirkt haben. Mit dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz sind deshalb insoweit auch bereits Konsequenzen gezogen worden. Dies gilt insbesondere für das Problem der bisher fehlenden Synchronisation im zeitlichen Ablauf von Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen sowie den sich danach orientierenden Vertragsabschlüssen im Bereich der Landesverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Vergütungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen. Ebenso gilt dies für die Aufgabe, Arzneimittel zu bestimmen, die wegen ihrer allgemeinen Anwendung bei geringfügigen Gesundheitsstörungen von der Kostentragungspflicht der Krankenkassen auszugrenzen sind, eine Aufgabe, die die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten, der sie durch das KVKG übertragen worden war, nicht entsprochen hat, so daß nunmehr im Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz eine Verordnungsermächtigung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung geregelt worden ist. Ein weiteres Problem, zu dessen Lösung die Selbstverwaltung durch eine der gesetzlichen Regelung und den Zielen des KVKG entsprechende Rechtsanwendung beizutragen hat, ist die Ausgestaltung der Verträge über die Bestimmung der Gesamtvergütungen hinsichtlich des Aspekts, wie der Entwicklung der Menge der ärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung des in den Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen oder den Empfehlungen der Spitzenorganisationen für vertretbar gehaltenen Finanzierungsspielraums Rechnung getragen werden kann. Wie die bisherige Entwicklung zeigt, ergeben sich hierbei Schwierigkeiten für die Vertragspartner bei der Begrenzung der Ausgabenentwicklung entsprechend der Grundlohnsummenentwicklung.

Eine Rolle spielen hierbei allerdings auch Unterschiede in der Anwendung der gesetzlichen Regelung selbst, die aus unterschiedlichen Interessenlagen und dem Wettbewerb der Kassenarten untereinander resultieren (vgl. Tabellen 3 bis 10). Es wird weiterer Beobachtung bedürfen, ob insoweit sich Entwicklungen ergeben, die zu einer Gefährdung des Vergütungskonzepts des KVKG in diesem Bereich führen können, wobei zukünftig insbesondere auch von Bedeutung sein wird, wie sich die Zahl der zugelassenen Kassenärzte und der Umfang der von ihnen erbrachten Leistungen entwickeln wird. Außerdem wird weiter zu erörtern sein, ob eine unterschiedliche Verfahrensweise bei der Anwendung der für alle Kassenarten einheitlichen Bewertungsmaßstäbe für die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Leistungen bei der Ausgestaltung der maßgeblichen Vergütungsregelungen mit der gesetzlichen Regelung zu vereinbaren ist.

**II. Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und Einkommensentwicklung der Versicherten**

Ziel des KVKG, wie bereits ausgeführt, ist es, die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Tendenz stabil zu halten. Beitragssatzstabilität setzt voraus, daß die Entwicklung der Ausgaben grundsätzlich in Übereinstimmung mit der Einkommensentwicklung der Versicherten steht. In den Tabellen (vgl. nachstehend und Anlage 1) ist für die Jahre 1977 bis 1981 die Entwicklung der Einkommen der Versicherten, der Ausgaben und des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes im einzelnen dargestellt. Ergänzend ist auf folgendes hinzuweisen:

**1. Einkommensentwicklung der Versicherten**

Die Einkommensentwicklung der Versicherten wird insbesondere bestimmt durch

— die Entwicklung der Löhne und Gehälter der aktiv Versicherten,

— die Erhöhung der Rentenbeträge der Rentner.

Die Lohn- und Gehaltsentwicklung spiegelt sich in der GKV in der Veränderung der Grundlöhne (beitragspflichtige Entgelte) wider. Die in der nachstehenden Übersicht 3 zusammengefaßten Veränderungsraten zeigen, daß im Durchschnitt mehrerer Jahre von einer im Trend übereinstimmenden Entwicklung sowohl des Grundlohns der Versicherten als auch der Bruttolohn- und -gehaltssumme der Beschäftigten insgesamt ausgegangen werden kann. Abweichungen bestehen in den einzelnen Jahren. Sie sind auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, insbesondere auf

— Änderungen in der Mitgliederstruktur (z. B. Mitgliederzuwachs durch den freiwilligen Beitritt von bislang kostenfrei versicherten Familienangehörigen aufgrund der Neuregelung der Familienhilfe [§ 205 RVO] im KVKG sowie die steigende Zahl der krankenversicherten Arbeitslosen),

— im Vergleich zur Steigerung der Bruttolohn- und -gehaltssumme in den einzelnen Jahren stärkere oder flachere Anhebung der Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV,

— die Einführung des Mutterschaftsurlaubsgeldes ab 1. Juli 1979.

Auch hinsichtlich der Einkommensentwicklung der Rentner sind im Berichtszeitraum Besonderheiten zu berücksichtigen. Die Verschiebung der Rentenanpassung (1978 um ein halbes Jahr) und der verlangsamte Zuwachs der Renten aufgrund des 21. Rentenanpassungsgesetzes in den Folgejahren (1979 um 4,5 v. H., 1980 und 1981 um jeweils 4 v. H.) wirkten dämpfend auf die Einkommenszuwächse bei den Rentnern und damit auf die Einnahmenentwicklung der GKV.

**2. Ausgabenentwicklung der GKV**

a) Bei der Bewertung der Ausgabenentwicklung ist u. a. zu berücksichtigen, daß die Einführung des vom Bund finanzierten Mutterschaftsurlaubsgeldes, das für die Krankenkassen ein durchlaufender Posten ist, zu einem statistisch erhöhten Anstieg der Ausgaben in den Jahren 1979 und 1980 beigetragen hat (vgl. Übersicht 3, Fußnote 5).

Übersicht 3

**Daten zur Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Einkommensentwicklung der Versicherten**

– Veränderungsraten je Mitglied gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum –

– Werte in v. H. –

| | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 1. bis 3. Quartal |
|---|---|---|---|---|---|
| I. Leistungsausgaben[1]) insgesamt | 4,0 | 5,6 | 6,9 (6,6)[5]) | 9,3 (8,5)[5]) | 6,2 |
| davon | | | | | |
| – ärztliche Behandlung | 4,0 | 4,0 | 5,6 | 7,0 | 7,2 |
| – zahnärztliche Behandlung | 6,4 | 6,1 | 3,7 | 4,0 | 6,4 |
| – Zahnersatz | 0,9 | 4,8 | 11,0 | 11,8 | 3,2 |
| – Arzneien aus Apotheken | 1,4 | 6,4 | 5,4 | 8,8 | 8,3 |
| – Heil- und Hilfsmittel | 8,5 | 13,3 | 11,8 | 10,3 | 6,9 |
| – stationäre Behandlung | 5,5 | 5,2 | 4,9 | 7,8 | 6,2 |
| – Krankengeld | 3,0 | 6,4 | 10,5 | 10,2 | – 1,6 |
| – übrige Leistungsausgaben | 2,6 | 4,1 | 12,5 (8,8)[5]) | 19,9 (11,0)[5]) | 9,3 |
| II. Einkommensentwicklung | | | | | |
| Bruttolohn- und Gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer[2]) | 6,9 | 5,2 | 5,5 | 6,5 | 5,1[6]) |
| Grundlohn je Mitglied[3]) | 6,7 | 5,0 | 6,2 | 5,4 | 4,8 |
| Rentenanpassung | 9,9 | — | 4,5 | 4,0 | 4,0 |
| III. Beitragssatzentwicklung durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz[4]) in v. H. des Grundlohns | 11,37 | 11,41 | 11,26 | 11,38 | 11,78 |

[1]) Bis 1980 Jahresrechnungen der Krankenkassen (Vordruck KJ 1), 1981 vierteljährliche Statistik über Einnahmen, Ausgaben und Vermögen (Vordruck KV 45) – vorläufige Werte, die in einzelnen Leistungsbereichen zum Teil auf Schätzungen der Krankenkassen beruhen –.
Abweichungen bei den in den Tabellen ausgewiesenen Werten gegenüber früher veröffentlichten Angaben beruhen auf zwischenzeitlich vorgenommenen Änderungen und Berichtigungen in den Datenbeständen.

[2]) Angaben des Statistischen Bundesamtes

[3]) Grundlohn = beitragspflichtiges Entgeld der aktiv Versicherten; in den Jahren 1977 und 1978 errechnet nach der Formel (Beitragseinnahmen in der allgemeinen Krankenversicherung: allgemeiner Beitragssatz) × 100. Ab dem Jahre 1979 Vergleich mit der seit 1978 aufgrund von § 2 Abs. 1 der Verordnung über das Verfahren zum Ausgleich der Leistungsaufwendungen in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR – Ausgleichsverordnung) vom 20. Dezember 1978 ermittelten Grundlohnsumme (gilt für sämtliche Krankenkassen*).

[4]) Beitragssatz für Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens sechs Wochen, ohne landwirtschaftliche Krankenkassen, die den Beitragssatz nicht in v. H. des Grundlohns festsetzen

[5]) Die Entwicklung der Leistungsausgaben der Jahre 1979 und 1980 wird durch die Einführung der Zahlungen für das Mutterschaftsurlaubsgeld beeinflußt. Im Jahre 1980 sind hierfür rd. 850 Mio. DM ausgegeben worden. In den Gesamtausgaben des Jahres 1979 sind jedoch Zahlungen für das Mutterschaftsurlaubsgeld, auf das ab 1. Juli 1979 ein Anspruch bestand, nur mit rd. 221 Mio. DM enthalten. Insofern ergeben sich bei einem Vergleich „statistisch" erhöhte Werte. Bereinigt man die Entwicklung um den „Mutterschaftsurlaubsgeldeffekt", flachen sich die Steigerungsraten ab (vgl. Werte in Klammern).

[6]) vorläufige Ergebnisse für das Jahr 1981 vom 8. Januar 1982

*) ohne landwirtschaftliche Krankenkassen und Bundesknappschaft

Eine Bereinigung der Ausgabenzuwächse um diesen Effekt führt zu den in den Tabellen als Klammerwerte dargestellten flacheren Steigerungsraten.

b) Für den Gesamtzeitraum der Jahre 1977 bis 1979 kann festgestellt werden, daß die Ausgaben für ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung, für Arzneien aus Apotheken und für stationäre Behandlung sich im wesentlichen im Rahmen der Einkommensentwicklung der Versicherten gehalten haben. Überhöhten Ausgaben im Jahre 1978 für ambulante zahnärztliche Behandlung, Arzneien aus Apotheken und stationäre Behandlung stehen unterhalb der Einkommensentwicklung liegende Zuwächse in anderen Jahren gegenüber. Die flache Zuwachsrate für Arzneimittel im Jahre 1977 dürfte u. a. auf die ab 1. Juli 1977 aufgrund des KVKG erfolgte Einbeziehung der Rentner in die Zahlung der Arzneikostengebühr zurückzuführen sein.

   Wesentlich ungünstiger entwickelten sich die Ausgaben für Zahnersatz und für Heil- und Hilfsmittel mit teilweise zweistelligen Zuwachsraten. Die flachen Zuwächse im Bereich Zahnersatz im Jahre 1977 (0,9 v. H.) und im Jahre 1978 (4,8 v. H.) sind überwiegend auf einmalige und vorübergehende Einsparungseffekte aus der durch das KVKG eingeführten Begrenzung der Zuschüsse der Krankenkassen auf höchstens 80 v. H. der Aufwendungen für Zahnersatz zurückzuführen.

c) Eine deutliche Wende der Ausgabenentwicklung trat in den Jahren 1980 und 1981 ein. Nahezu alle Ausgabenbereiche stiegen insbesondere seit dem 2. Halbjahr 1980 stärker als die Einkommen der Versicherten. Auf diese Entwicklung ist die Bundesregierung in den Begründungen zum Entwurf des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes (BT-Drucksache 9/845) und zum Entwurf des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes (BT-Drucksache 9/570) eingegangen.

d) Die Tabellen 1 und 2 im Anlagenteil enthalten eine Trennung der Ausgabenentwicklung nach aktiv Versicherten und Rentnern. Sie zeigt, daß die Ausgaben für die Krankenversicherung der Rentner insgesamt stärker angestiegen sind als in der allgemeinen Krankenversicherung. Der über die Grundlohnentwicklung hinausgehende Anstieg der gesamten Ausgaben in der GKV ist überwiegend auf die überproportionale Steigerung bei den Rentnern zurückzuführen. Dem stehen auf der Einnahmeseite unterproportionale Zuwachsraten der Rentner-Krankenversicherung gegenüber.

#### 3. Beitragssatzentwicklung in der GKV

Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz (für Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens sechs Wochen) ist von 1977 bis 1980 weitgehend stabil geblieben. Die im 20. Rentenanpassungsgesetz geregelte Rückführung der Beitragszahlungen der Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten zur Krankenversicherung der Rentner auf rd. 11,2 v. H. des Rentenvolumens ab 1. Juli 1977 hat zwar zu Mindereinnahmen in der GKV von rd. 6 Mrd. DM geführt, jedoch die Beitragssatzstabilität nicht gefährdet. Der durchschnittliche Beitragssatz des Jahres 1977 wurde im Jahre 1978 nur unwesentlich erhöht. Der vergleichsweise deutliche Rückgang des Jahres 1979 auf 11,26 v. H. ist insbesondere auf Beitragssatzsenkungen bei den Angestellten-Krankenkassen von 11,60 v. H. im Jahre 1978 auf 11,22 v. H. im Jahre 1979 zurückzuführen. Die Anhebung des Beitragssatzes im Durchschnitt aller Krankenkassen auf 11,38 v. H. im Jahre 1980 und damit auf das Niveau des Jahres 1977 ist im wesentlichen durch Beitragssatzerhöhungen im Bereich der Ortskrankenkassen von durchschnittlich 11,47 v. H. im Jahre 1979 auf 11,70 v. H. im Jahre 1980 verursacht worden. Einzelheiten der Entwicklung in den Jahren 1980 und 1981 hat die Bundesregierung in der Begründung zum Entwurf des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes dargestellt.

## III. Gesetzgeberische Maßnahmen

#### 1. Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz und Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz

Wie bereits in den Einzelfeststellungen angedeutet, hat es sich als notwendig erwiesen, das Kostendämpfungskonzept insbesondere in den Bereichen der Krankenhausversorgung, der Versorgung mit Heilmitteln und Hilfsmitteln sowie der Wirtschaftlichkeit der Zahnersatzversorgung zu ergänzen. Die entsprechenden Maßnahmen sind im Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz sowie im Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz ergriffen worden. So sind durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz unter anderem der Krankenhausbereich in die Konzertierte Aktion ausdrücklich einbezogen und Regelungen für eine bessere Durchsetzung des für die Krankenhauspflege ebenfalls maßgeblichen Wirtschaftlichkeitsgebotes der Reichsversicherungsordnung im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern geschaffen worden. Durch das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz sind Maßnahmen beschlossen worden, die einmal darauf abzielen, die bisherigen „Lücken" im Kostendämpfungskonzept, soweit es die Bereiche der Heil- und Hilfsmittelversorgung und der Wirtschaftlichkeit der Zahnersatzversorgung angeht, zu schließen. Insoweit ist eine Umgestaltung der Leistungen bei Zahnersatzversorgung, die eine erhöhte Wirtschaftlichkeit dieses Versorgungsbereichs sicherstellen sollen, sowie eine Verbesserung des Preiswettbewerbs im Bereiche des Leistungsangebots für zahntechnische Leistungen, Heil- und Hilfsmittel und Brillen Grundcharakteristik der vorgesehenen Änderungen. Durch gezielte unmittelbar ausgabenwirksame Übergangsmaßnahmen werden im Bereich der zahntechnischen Leistungen sowie der Heil- und Hilfsmittel und Brillenversorgung, die sich in den letzten Jahren durch überproportionale Zuwachsraten im Hinblick auf das Ausgabenvolumen ausgezeichnet haben, Kostendämpfungsmaßnahmen ergriffen. Schließlich wird die bereits mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz eingeleitete Entwicklungslinie der Ausgrenzung überflüssiger und unwirtschaftlicher sowie medizinisch nicht notwendiger Leistungen aus der solidarischen

Einstandspflicht der Versichertengemeinschaft fortgesetzt, wovon insbesondere die Versorgung mit Arzneimitteln (bei geringfügigen Gesundheitsstörungen), Hilfsmitteln und Kuren berührt werden. Maßnahmen, die das Kostenbewußtsein und den wirtschaftlichen Umgang der Versicherten mit der Inanspruchnahme von Leistungen stärken sollen, ergänzen dieses Maßnahmenbündel. Im einzelnen wird auf die beiden genannten Gesetze sowie die in den Begründungen zu den ihnen zugrunde liegenden Regierungsentwürfen gemachten Ausführungen verwiesen.

**2. Maßnahmen der Selbstverwaltung**

Zur Flankierung der inbesondere auf die Sicherung der Beitragssatzstabilität im Jahre 1982 gerichteten Maßnahmen des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes hat auch die Selbstverwaltung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Pharma-Industrie freiwillige Maßnahmen ergriffen. Ferner haben die Vertreter der Kassenärzte und Kassenzahnärzte zugesagt, durch vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenkassen sicherzustellen, daß, bezogen auf die Jahre 1981 und 1982, die Ausgabenentwicklung für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung im Einklang mit der Grundlohnentwicklung liegen wird. Schließlich hat der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, an seine Mitglieder appelliert, die Preise für Arzneimittel, soweit nicht unabweisbar, im Jahre 1982 nicht zu erhöhen.

**3. Die Entschließung des Deutschen Bundestages bei der Verabschiedung des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes**

Der Deutsche Bundestag hat bei der Verabschiedung des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes sich in diesem Zusammenhang in einer Entschließung wie folgt geäußert:

„Der Deutsche Bundestag geht bei der Beschlußfassung über das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz davon aus, daß die Spitzenverbände der Träger der Krankenversicherung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung alle notwendigen Maßnahmen ergreifen, damit die von ihnen erklärte Erwartung eintritt, daß in der Aufrechnung der beiden Jahre 1981 und 1982 die durchschnittliche Ausgabenentwicklung für die ambulante kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung im Einklang mit der Grundlohnentwicklung liegen wird.

Außerdem erwartet der Deutsche Bundestag, daß die Mitgliedsfirmen des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie seinem Appell folgen, die Preise bis Ende 1982 stabil zu halten.

Der Deutsche Bundestag wird weitere Maßnahmen erwägen, wenn die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt die Grundlohnentwicklung übersteigt und dadurch die Beitragssatzstabilität gefährdet wird."

**4. „Strukturgesetz"**

Mit den beiden vorgenannten Gesetzen sind die vordringlich erscheinenden Maßnahmen ergriffen worden. Eine Reihe von Problemen, insbesondere solche struktureller Art, bleiben weiterhin offen. Zur Entwicklung geeigneter Lösungsvorschläge bedarf es weiterer Prüfung. Ergänzend hinzuweisen ist auf die Feststellung der Bundesregierung bei der Einbringung des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes, wie sie in der allgemeinen Begründung zum Regierungsentwurf niedergelegt worden ist:

„Der vorliegende Gesetzentwurf richtet sich nicht auf eine Lösung der tiefgreifenden Strukturprobleme im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Bundesregierung hat beschlossen, zur Lösung dieser Probleme einen gesonderten Gesetzentwurf vorzulegen."

**Anlage 1**

## Daten zur Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Einkommensentwicklung der Versicherten [1])

Tabelle 1

**Sämtliche Krankenkassen**

– Veränderungsraten je Mitglied (ohne Rentner) gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum –
– Werte in v. H. –

| | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 1. bis 3. Quartal |
|---|---|---|---|---|---|
| Leistungsausgaben insgesamt | 3,5 | 4,4 | 6,2 (5,7) | 8,6 (7,4) | 4,5 |
| davon | | | | | |
| – ärztliche Behandlung | 3,1 | 3,1 | 4,8 | 6,1 | 6,3 |
| – zahnärztliche Behandlung | 6,6 | 5,9 | 3,2 | 3,5 | 6,0 |
| – Zahnersatz | 1,3 | 5,6 | 11,5 | 12,2 | 2,9 |
| – Arzneien aus Apotheken | 2,9 | 7,9 | 3,3 | 5,9 | 5,7 |
| – Heil- und Hilfsmittel | 8,6 | 12,3 | 10,3 | 8,7 | 5,2 |
| – stationäre Behandlung | 3,4 | 1,9 | 2,8 | 6,2 | 4,2 |
| – Krankengeld | 3,4 | 6,3 | 10,1 | 9,8 | – 1,8 |
| – übrige Leistungsausgaben | 1,4 | 0,6 | 13,2 (7,7) | 23,3 (10,4) | 9,3 |

Tabelle 2

**Sämtliche Krankenkassen**

– Veränderungsraten je Rentner gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum –
– Werte in v. H. –

| | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 1. bis 3. Quartal |
|---|---|---|---|---|---|
| Leistungsausgaben insgesamt | 4,9 | 8,0 | 8,5 | 10,8 | 9,4 |
| davon | | | | | |
| – ärztliche Behandlung | 5,6 | 5,7 | 7,4 | 9,1 | 9,0 |
| – zahnärztliche Behandlung | 9,4 | 7,6 | 6,7 | 6,0 | 8,9 |
| – Zahnersatz | 0,1 | 1,9 | 8,5 | 9,5 | 4,3 |
| – Arzneien aus Apotheken | – 0,8 | 5,0 | 8,0 | 12,5 | 11,2 |
| – Heil- und Hilfsmittel | 8,1 | 15,1 | 14,8 | 13,4 | 10,0 |
| – stationäre Behandlung | 7,8 | 9,7 | 8,0 | 10,3 | 8,8 |
| – Krankengeld | — | — | — | — | — |
| – übrige Leistungsausgaben | 5,6 | 12,3 | 11,2 | 12,5 | 11,8 |

[1]) Hinsichtlich der Fußnoten vgl. Übersicht 3 im Textteil S. 24

Tabelle 3

**Ortskrankenkassen**

– Veränderungsraten je Mitglied (ohne Rentner) gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum –

– Werte in v. H. –

| | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 1. bis 3. Quartal |
|---|---|---|---|---|---|
| I. Leistungsausgaben insgesamt | 3,6 | 4,9 | 6,6 (6,2) | 9,1 (8,0) | 4,6 |
| davon | | | | | |
| – ärztliche Behandlung | 4,1 | 4,3 | 5,2 | 5,8 | 6,6 |
| – zahnärztliche Behandlung | 7,6 | 7,2 | 2,4 | 3,9 | 6,8 |
| – Zahnersatz | – 2,0 | 1,7 | 10,5 | 13,0 | 4,0 |
| – Arzneien aus Apotheken | 3,3 | 9,0 | 4,0 | 6,7 | 6,1 |
| – Heil- und Hilfsmittel | 10,1 | 12,9 | 10,7 | 9,4 | 5,3 |
| – stationäre Behandlung | 4,5 | 3,3 | 4,1 | 6,6 | 4,9 |
| – Krankengeld | 3,1 | 7,2 | 10,8 | 11,4 | – 2,6 |
| – übrige Leistungsausgaben | 0,0 | – 0,8 | 13,0 (7,5) | 23,4 (11,3) | 8,2 |
| II. Grundlohn je Mitglied | 6,5 | 5,5 | 6,2 | 5,9 | 5,0 |
| III. Beitragssatzentwicklung durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in v. H. des Grundlohns | 11,40 | 11,52 | 11,47 | 11,70 | 12,09 |

Tabelle 4

**Betriebskrankenkassen**

– Veränderungsraten je Mitglied (ohne Rentner) gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum –

– Werte in v. H. –

| | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 1. bis 3. Quartal |
|---|---|---|---|---|---|
| I. Leistungsausgaben insgesamt | 4,7 | 4,7 | 6,4 (6,1) | 7,4 (6,8) | 4,1 |
| davon | | | | | |
| – ärztliche Behandlung | 3,5 | 4,5 | 5,3 | 4,8 | 6,0 |
| – zahnärztliche Behandlung | 9,5 | 5,9 | 3,4 | 4,1 | 7,3 |
| – Zahnersatz | 1,7 | – 2,3 | 8,9 | 12,7 | 3,3 |
| – Arzneien aus Apotheken | 3,8 | 7,9 | 5,0 | 6,1 | 6,4 |
| – Heil- und Hilfsmittel | 11,9 | 13,2 | 10,2 | 9,3 | 5,7 |
| – stationäre Behandlung | 4,8 | 2,8 | 3,7 | 5,5 | 3,5 |
| – Krankengeld | 5,9 | 8,9 | 11,2 | 7,8 | – 2,2 |
| – übrige Leistungsausgaben | 0,9 | 2,2 | 10,1 (6,1) | 17,9 (9,4) | 5,8 |
| II. Grundlohn je Mitglied | 8,4 | 5,8 | 6,5 | 5,9 | 4,6 |
| III. Beitragssatzentwicklung durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in v. H. des Grundlohns | 10,39 | 10,58 | 10,46 | 10,49 | 10,68 |

Tabelle 5

| Innungskrankenkassen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| – Veränderungsraten je Mitglied (ohne Rentner) gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum – – Werte in v. H. – | | | | | |
| | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 1. bis 3. Quartal |
| I. Leistungsausgaben insgesamt | 2,0 | 3,6 | 5,6 (5,3) | 7,5 (6,8) | 3,9 |
| davon | | | | | |
| – ärztliche Behandlung | 2,9 | 3,5 | 4,9 | 3,2 | 5,8 |
| – zahnärztliche Behandlung | 6,9 | 4,3 | 3,1 | 2,4 | 5,3 |
| – Zahnersatz | – 5,6 | 2,9 | 9,5 | 11,9 | 2,7 |
| – Arzneien aus Apotheken | 1,3 | 8,0 | 2,8 | 5,4 | 5,3 |
| – Heil- und Hilfsmittel | 6,4 | 10,5 | 10,6 | 7,7 | 4,1 |
| – stationäre Behandlung | 2,6 | 1,3 | 3,2 | 6,3 | 2,4 |
| – Krankengeld | 1,6 | 6,5 | 8,8 | 11,7 | 1,0 |
| – übrige Leistungsausgaben | 0,2 | – 2,3 | 10,4 (6,5) | 18,2 (9,1) | 6,8 |
| II. Grundlohn je Mitglied | 5,4 | 4,6 | 6,6 | 5,2 | 4,5 |
| III. Beitragssatzentwicklung durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in v. H. des Grundlohns | 11,19 | 11,36 | 11,18 | 11,21 | 11,43 |

Tabelle 6

| Landwirtschaftliche Krankenkassen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| – Veränderungsraten je Mitglied (ohne Rentner) gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum – – Werte in v. H. – | | | | | |
| | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 1. bis 3. Quartal |
| I. Leistungsausgaben insgesamt | 4,0 | 4,5 | 4,1 (4,1) | 8,2 (8,2) | 4,5 |
| davon | | | | | |
| – ärztliche Behandlung | 2,1 | 3,5 | 6,3 | 7,0 | 7,5 |
| – zahnärztliche Behandlung | 6,1 | 5,6 | 3,6 | 4,3 | 4,8 |
| – Zahnersatz | – 10,1 | 6,9 | 8,3 | 14,5 | – 1,2 |
| – Arzneien aus Apotheken | 7,9 | 8,8 | 3,6 | 8,5 | 4,7 |
| – Heil- und Hilfsmittel | 10,8 | 15,6 | 11,1 | 11,9 | 6,6 |
| – stationäre Behandlung | 4,4 | 0,2 | 0,9 | 8,1 | 2,6 |
| – Krankengeld | 7,7 | 5,2 | 7,9 | – 0,7 | 16,1 |
| – übrige Leistungsausgaben | 4,7 | 3,2 | 3,6 (3,5) | 9,7 (9,3) | 6,2 |

Tabelle 7

| Seekasse<br>– Veränderungsraten je Mitglied (ohne Rentner) gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum –<br>– Werte in v. H. – | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981<br>1. bis 3. Quartal |
| I. Leistungsausgaben insgesamt | 1,7 | 10,0 | 7,4 (7,4) | 8,0 (8,0) | 4,5 |
| davon | | | | | |
| – ärztliche Behandlung | 2,6 | 8,6 | 9,9 | 8,7 | 9,5 |
| – zahnärztliche Behandlung | 2,1 | 13,2 | 5,2 | 4,9 | 7,5 |
| – Zahnersatz | – 4,4 | 5,8 | 17,6 | 13,6 | 0,1 |
| – Arzneien aus Apotheken | 4,7 | 14,5 | 4,7 | 7,1 | 12,0 |
| – Heil- und Hilfsmittel | 9,7 | 29,5 | 8,5 | 9,7 | 7,0 |
| – stationäre Behandlung | 4,5 | 7,3 | 1,0 | 6,1 | 6,4 |
| – Krankengeld | 14,5 | 15,9 | 10,4 | 8,7 | 1,4 |
| – übrige Leistungsausgaben | – 22,6 | – 3,2 | 8,2 (8,0) | 7,2 (6,1) | – 6,7 |
| II. Grundlohn je Mitglied | 11,5 | 8,5 | 7,0 | 6,0 | 6,1 |
| III. Beitragssatzentwicklung durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in v. H. des Grundlohns | 10,20 | 10,20 | 9,90 | 9,90 | 10,60 |

Tabelle 8

| Bundesknappschaft<br>– Veränderungsraten je Mitglied (ohne Rentner) gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum –<br>– Werte in v. H. – | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981<br>1. bis 3. Quartal |
| I. Leistungsausgaben insgesamt | 5,2 | 6,9 | 5,0 (5,0) | 5,5 (5,4) | 5,2 |
| davon | | | | | |
| – ärztliche Behandlung | 1,3 | 4,3 | 1,4 | 8,0 | 6,8 |
| – zahnärztliche Behandlung | 3,8 | 5,4 | 7,3 | 0,8 | 6,4 |
| – Zahnersatz | 5,7 | 4,4 | 14,0 | 6,2 | 7,2 |
| – Arzneien aus Apotheken | 6,5 | 12,9 | 3,8 | 3,8 | 4,9 |
| – Heil- und Hilfsmittel | 15,7 | 25,2 | 9,8 | 17,4 | 8,1 |
| – stationäre Behandlung | 5,8 | 2,4 | 1,9 | 5,6 | 3,2 |
| – Krankengeld | 5,0 | 13,7 | 9,9 | 1,6 | 5,0 |
| – übrige Leistungsausgaben | 5,4 | – 1,2 | 4,4 (3,9) | 10,5 (8,6) | 8,2 |
| II. Beitragssatzentwicklung durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in v. H. des Grundlohns | 12,60 | 12,60 | 12,60 | 12,60 | 12,60 |

Tabelle 9

**Arbeiter-Ersatzkassen**

– Veränderungsraten je Mitglied (ohne Rentner) gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum –

– Werte in v. H. –

| | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 1. bis 3. Quartal |
|---|---|---|---|---|---|
| I. Leistungsausgaben insgesamt | 1,7 | 1,5 | 6,2 (6,0) | 8,3 (7,7) | 4,2 |
| davon | | | | | |
| – ärztliche Behandlung | 3,9 | 3,5 | 3,8 | 6,5 | 5,7 |
| – zahnärztliche Behandlung | 5,2 | 5,1 | 2,8 | 2,2 | ± 0 |
| – Zahnersatz | – 1,9 | – 22,3 | 13,8 | 13,5 | 4,2 |
| – Arzneien aus Apotheken | – 1,0 | 12,2 | 0,5 | 5,6 | 3,8 |
| – Heil- und Hilfsmittel | 11,9 | 11,6 | 16,7 | 7,9 | 4,3 |
| – stationäre Behandlung | – 0,7 | 1,7 | 2,6 | 5,8 | 4,5 |
| – Krankengeld | 1,4 | 7,5 | 9,0 | 11,6 | 1,1 |
| – übrige Leistungsausgaben | 2,6 | – 0,9 | 15,6 (12,3) | 21,0 (13,9) | 10,1 |
| II. Grundlohn je Mitglied | 7,4 | 5,7 | 6,4 | 5,6 | 4,4 |
| III. Beitragssatzentwicklung durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in v. H. des Grundlohns | 11,40 | 11,45 | 11,03 | 11,01 | 11,15 |

Tabelle 10

**Angestellten-Krankenkassen**

– Veränderungsraten je Mitglied (ohne Rentner) gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum –

– Werte in v. H. –

| | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 1. bis 3. Quartal |
|---|---|---|---|---|---|
| I. Leistungsausgaben insgesamt | 3,1 | 3,9 | 5,9 (5,3) | 8,8 (7,1) | 4,7 |
| davon | | | | | |
| – ärztliche Behandlung | 2,1 | 1,2 | 4,2 | 6,9 | 6,1 |
| – zahnärztliche Behandlung | 4,8 | 4,6 | 3,7 | 2,9 | 5,2 |
| – Zahnersatz | 6,7 | 14,2 | 13,2 | 11,2 | 1,4 |
| – Arzneien aus Apotheken | 1,9 | 6,3 | 2,0 | 5,0 | 5,3 |
| – Heil- und Hilfsmittel | 5,8 | 10,6 | 9,5 | 7,2 | 4,7 |
| – stationäre Behandlung | 1,6 | – 0,2 | 1,0 | 6,4 | 4,4 |
| – Krankengeld | 3,2 | 2,6 | 9,1 | 9,1 | – 0,4 |
| – übrige Leistungsausgaben | 3,0 | 1,7 | 15,1 (8,5) | 26,1 (9,7) | 8,7 |
| II. Grundlohn je Mitglied | 7,1 | 5,0 | 6,1 | 4,6 | 4,6 |
| III. Beitragssatzentwicklung durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in v. H. des Grundlohns | 11,83 | 11,60 | 11,22 | 11,22 | 11,87 |

**Anlage 2**

## Fragenkatalog des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung an die Spitzenorganisationen der Krankenkassen sowie Kassenärzte/Kassenzahnärzte und deren Stellungnahmen

1. Auszug aus dem Schreiben des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 17. August 1981
2. Gemeinsame Stellungnahme der Bundesverbände der RVO-Krankenkassen und der Bundesknappschaft
3. Verbände der Ersatzkassen (VdAK und AEV)
4. Kassenärztliche Bundesvereinigung
5. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

### 1. Auszug aus dem Schreiben des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 17. August 1981:

Zur Vorbereitung des Berichtsentwurfs bitte ich um eine schriftliche Stellungnahme aus Ihrer Sicht insbesondere zu folgenden Gesichtspunkten:

1. Erfahrungen mit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, insbesondere ihrer Wirkungsweise sowie den Empfehlungen zu den einzelnen Bereichen (Gesamtvergütungen, Arzneimittelhöchstbeträge, Krankenhausbereich, Zahnersatz, Heil- und Hilfsmittel „Strukturempfehlungen").
2. Erfahrungen mit den Empfehlungen der Spitzenorganisationen der Kassenärzte (Kassenzahnärzte) und Krankenkassen auf Bundesebene.
3. Erfahrungen mit der Anwendung sowie den Auswirkungen der Regelungen über die Gesamtvergütungen und Arzneimittelhöchstbeträge, wobei insbesondere die Fragen der Rechtsanwendung durch die Selbstverwaltung (auch im Verhältnis RVO/Ersatzkassen) sowie die Umsetzung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen auf Landesebene einbezogen sein sollen.
4. Angaben über die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und die Einkommensentwicklung der Versicherten (1977 bis 1981), wobei insbesondere bereichsspezifische Darstellungen maßgeblicher Ausgabenpositionen vorgenommen und aus Ihrer Sicht kritische Ausgabenentwicklungen näher erläutert werden sollten. (Die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und die Einkommensentwicklung der Versicherten insgesamt wird der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung darstellen.)

Die Mitteilung Ihrer Erfahrungen sollte auch Bewertungen der Anwendung und Auswirkungen der Regelungen einschließen. Darüber hinaus möchte ich es Ihrer Einschätzung überlassen, Erfahrungen und Bewertungen zu weiteren aus Ihrer Sicht wichtigen Problemen mitzuteilen, die von der Thematik des begrenzten Berichtsauftrags nach Artikel 2 § 6 KVKG umfaßt werden.

### 2. Gemeinsame Stellungnahme der Bundesverbände der RVO-Krankenkassen und der Bundesknappschaft

**Zu 1.**

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in der Vergangenheit zur Versachlichung von Problemen im Gesundheitswesen, insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung, beigetragen. Sie hat auch einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen geleistet.

Gleichwohl ist sie allein kein geeignetes Instrument,

— die Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung über Jahre im Rahmen der Einkommensentwicklung der Versicherten zu halten und

— Strukturprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen zu lösen.

Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Bundesknappschaft haben der Konzertierten Aktion von Anfang an positiv gegenübergestanden. Sie haben deswegen am Zustandekommen von Empfehlungen jeweils aktiv mitgearbeitet.

Eine wesentliche Wirkung der Konzertierten Aktion ist, daß Probleme und Entwicklungen im Gesundheitswesen, vornehmlich in der gesetzlichen Krankenversicherung transparent gemacht werden können und ein Ausgleich unterschiedlicher Interessen unter den am Gesundheitswesen Beteiligten herbeigeführt werden kann.

Das Gremium ist mit 72 Mitgliedern allerdings sehr groß und daher für eine unmittelbare Meinungsbildung wenig geeignet. Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Bundesknappschaft haben daher der Erarbeitung von Vorschlägen und Empfehlungen im Vorfeld der Konzertierten Aktion von vornherein große Bedeutung beigemessen. Dieser Weg ist nach unserer Auffassung allein geeignet, um für die Sitzungen der Konzertierten Aktion entscheidungsreife Empfehlungen und Vorschläge vor-

zustrukturieren. Dieses Verfahren hat sich nach unserer Meinung bewährt. Dabei soll keineswegs verkannt werden, daß unter den jeweils Beteiligten bereits im Vorfeld der Konzertierten Aktion nicht unerhebliche Kompromisse eingegangen werden mußten. Dies gilt für die Empfehlungen über die Veränderungsraten der Gesamtvergütungen bei Ärzten und Zahnärzten sowie des Arzneimittelhöchstbetrages und zur Ausgabenentwicklung in den anderen Leistungsbereichen ebenso wie bei den Empfehlungen zu Strukturproblemen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieses Verfahren hat jedoch bisher niemals ausgeschlossen, daß in der Sitzung der Konzertierten Aktion vorgebrachte weitere Vorschläge nach eingehender Diskussion nicht auch noch berücksichtigt wurden. Das Fehlen einer Geschäftsordnung hat sich insofern bisher nicht als nachteilig erwiesen. Der offensichtlich vorhandene Wille aller Beteiligten, die gesetzliche Krankenversicherung funktionsfähig zu erhalten, insbesondere eine Balance zwischen Einnahmen und Ausgaben herbeizuführen, hat bisher das Verfahren wohl mehr beeinflußt, als es eine Geschäftsordnung hätte erreichen können.

In der Praxis hat sich die Konzertierte Aktion im Frühjahr eines jeden Jahres mit der Verabschiedung von Empfehlungen zur Ausgabenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen der Krankenversicherung befaßt. Insbesondere waren Empfehlungen zur Veränderungsrate der Gesamtvergütung für Ärzte und Zahnärzte sowie zur Veränderungsrate des Arzneimittelhöchstbetrages abzugeben. In den Herbstsitzungen wurden Strukturprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt. Die Wirkungsweise dieser beiden Arten von Empfehlungen ist unseres Erachtens unterschiedlich, nicht zuletzt deswegen, weil die Empfehlungen über die Veränderungsraten der Gesamtvergütung und zum Arzneimittelhöchstbetrag über § 368f RVO in das Krankenversicherungssystem transformiert werden, was bei Empfehlungen für andere Leistungsbereiche sowie für die Strukturempfehlungen nicht der Fall ist.

Für die Empfehlungen zur Ausgabenentwicklung sind die zuvor zu erarbeitenden Orientierungsdaten über die wirtschaftliche Entwicklung aufgrund des Jahreswirtschaftsberichts von wesentlicher Bedeutung. Dadurch wird für alle Leistungsbereiche der insgesamt zur Verfügung stehende finanzielle Rahmen deutlich gemacht. Hierauf kann als meinungsbildende Grundlage keineswegs verzichtet werden. Es sollten vielmehr Überlegungen angestellt werden, wie der Kranz der Orientierungsdaten noch verbessert werden kann. Das gilt vornehmlich für die Versorgung mit Arzneimitteln, das Krankenhauswesen sowie die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln einschließlich Zahnersatz.

Für den ärztlichen und zahnärztlichen Bereich hat es für die Zeit seit Bestehen der Konzertierten Aktion stets Empfehlungen gegeben bis auf den kurzen Zeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 1981. Die Vertreter der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenzahnärzte haben diesen Empfehlungen bis auf eine Ausnahme auch zugestimmt. Das ist nicht zuletzt ein Erfolg der Vorstrukturierungen im Vorfeld der Konzertierten Aktion.

Die Empfehlungen der Konzertierten Aktion sind im Bereich der Bundesverbände in der Regel von den Partnern der Gesamtverträge auch umgesetzt worden. Soweit dabei gem. § 368f Abs. 4 RVO besonderen regionalen Verhältnissen und besonderen Verhältnissen der Kassenarten Rechnung getragen wurde, wurde nach unserer Auffassung gleichwohl das vorgegebene Ziel nicht beeinträchtigt, die Ausgabenentwicklung im Rahmen der voraussichtlichen Einnahmenentwicklung zu halten.

Allerdings sind nicht nur Gesamtverträge mit einer Laufzeit eines Jahres abgeschlossen worden, und zwar nicht zuletzt, weil auch die jeweiligen Empfehlungen der Konzertierten Aktion bereits längere Laufzeiten vorsahen. Dieses kann nach unserer Erfahrung ein durchaus geeignetes Instrument sein, die Veränderung der Gesamtvergütung im Rahmen der Grundlohnentwicklung zu halten. Ein Unterlaufen der Konzertierten Aktion ist dadurch bisher nicht eingetreten, jedoch soll nicht verkannt werden, daß bei allzu langen Laufzeiten der Empfehlungsmechanismus der Konzertierten Aktion seine angestrebte Wirkung kaum mehr erfüllen kann.

Unabhängig davon ist die Frage zu sehen, ob und inwieweit unabhängig von den Empfehlungen der Konzertierten Aktion abweichende Laufzeiten für Verträge vereinbart werden können. Die Konzertierte Aktion hat dies bisher nicht verhindern können. Dieses ist nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen, daß § 525c für die Ersatzkassen viele Unklarheiten läßt, inwieweit sie in den Regelmechanismus der Konzertierten Aktion und des § 368f eingebunden sind. Dieses hat sich nach unserer Meinung insgesamt auf die Steuerung der Ausgabenentwicklung nachteilig ausgewirkt. Dieses bedeutet auch eine Wettbewerbsverzerrung zwischen den Kassenarten.

Auch die Empfehlungen über die Veränderungsraten der Arzneimittelhöchstbeträge wurden im Vorfeld der Konzertierten Aktion vorstrukturiert. Obwohl im Gesetz nicht vorgesehen, wurde der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie sowie auch die Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker beteiligt. Die Findung der Änderungsraten war insbesondere deswegen stets äußerst schwierig, weil die Entwicklung der Preise der verordneten Arzneimittel sich durchaus nicht nach der allgemeinen Preisentwicklung zu richten braucht. Auf die Marktsituation auf dem Arzneimittelmarkt soll hier nicht besonders eingegangen werden. Sie ist hinlänglich bekannt. Im Ergebnis berücksichtigt das einzelne Pharmaunternehmen bei der Preisfindung allein die betrieblichen und absatzpolitischen Gegebenheiten.

In der Regel wurde der Arzneimittelhöchstbetrag nicht unerheblich überschritten, und zwar vornehmlich, weil die Preisentwicklung viel höher als angenommen ausfiel.

Das Instrument des Arzneimittelhöchstbetrages hat für die Steuerung der Ausgabenentwicklung für Arz-

neimittel nur geringe Bedeutung, nicht zuletzt, weil es den Krankenkassen aufgrund unzulänglichen Datenmaterials bisher nicht möglich ist, den Ärzten eine ungerechtfertigte Ausweitung der Verordnungskosten nachzuweisen und weil der Gesetzgeber keine unmittelbaren Sanktionen bei einer Überschreitung vorgesehen hat. Gleichwohl sollte auf dieses Instrument nicht verzichtet werden. Der Arzneimittelhöchstbetrag hat einen auch in der Wirkung nicht zu unterschätzenden Orientierungswert. Um darüber hinaus Wirkungen zu erzielen, wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein sogenanntes Frühwarnsystem entwickelt, das jeweils bereits dann in Gang gesetzt wird, wenn die Veränderungsrate für den Arzneimittelhöchstbetrag durch die tatsächliche Ausgabenentwicklung für Arzneimittel überschritten wird. Bisher konnte damit bei den Ärzten zumindest vorübergehend eine Veränderung des Verordnungsverhaltens erzielt werden. Darüber hinaus ist es geplant, den Ärzten eine Information über die verursachten Arzneimittelkosten zukommen zu lassen.

Der Arzt soll über diese für ihn erhöhte Transparenz zugleich auch mehr Verantwortung für die von ihm veranlaßten Leistungen tragen können.

Die Empfehlungen zum Krankenhausbereich sowie für Heil- und Hilfsmittel und den Zahnersatz haben sich nicht in ausreichendem Maße an der Grundlohnentwicklung orientiert. Sie waren auch relativ unbestimmt und haben in allen Bereichen bisher nur bedingt Wirkung hinsichtlich einer Ausgabendämpfung gezeigt, nicht zuletzt deswegen, weil diese Bereiche nicht in einen gesetzlich festgelegten Regelmechanismus für die Umsetzung von Empfehlungen der Konzertierten Aktion eingebunden sind.

Insbesondere die Festsetzung der Pflegesätze der einzelnen Krankenhäuser erfolgt nach den Vorschriften des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung unter Beachtung des Selbstkostendeckungsprinzips. Dieses Prinzip hat nach Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft Vorrang vor den Ausgabenvorstellungen der Konzertierten Aktion.

Wegen der nur begrenzten Wirkung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion bei der Verordnung von Krankenhauspflege sowie von Heil- und Hilfsmitteln haben die Spitzenverbände der Krankenkassen Überlegungen angestellt, den Arzt stärker als bisher in Gesamtüberlegungen zur Ausgabenbeeinflussung hinsichtlich der von ihm selbst verursachten wie auch der von ihm veranlaßten Leistungen einzubinden. Dieses soll insbesondere durch ein Mehr an Transparenz für alle vom Arzt veranlaßten Leistungen geschehen. Erfahrungen hiermit stehen noch aus.

Insgesamt muß aber darauf hingewiesen werden, daß das bisher von der Konzertierten Aktion praktizierte Verfahren, alle Leistungsbereiche gleichmäßig an die Grundlohnentwicklung zu binden, nicht geeignet ist, notwendige strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen zu beeinflussen. Es bedarf insoweit neuer Überlegungen.

Den Empfehlungen zu strukturellen Problemen in der gesetzlichen Krankenversicherung, wie z. B. zur Gesundheitsvorsorge, zum Abbau von überzähligen Krankenhausbetten, zur humanen Krankenversorgung etc. kommt sicher ein hoher Stellenwert zu. Sie haben Leitfunktionen. Wirkungen sind jedoch kurz- und mittelfristig nur schwer feststellbar. Unmittelbare Wirkung hat bisher — soweit ersichtlich — nur die Empfehlung zur Arztzahlentwicklung gehabt. Das BMA hat inzwischen den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Voraussetzungen für die Zulassung von Ärzten zur kassenärztlichen Versorgung vorgelegt.

**Zu 2.**

§ 368 f Abs. 4 RVO schreibt vor, daß zunächst die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und falls dort kein Ergebnis erzielt wird, die Bundesverbände der Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine gemeinsame Empfehlung über die Veränderung der Gesamtvergütung abzugeben haben. Diese Situation hat sich für den Bereich Zahnärzte in der Konzertierten Aktion am 17. März 1978 und im übrigen für den Zeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 1981 ergeben. Für den letztgenannten Zeitraum ist es eher zu einem gemeinsamen Verhalten aller Spitzenverbände als zu einer gemeinsamen Empfehlung gekommen. Um wieder in den „Empfehlungsrhythmus" der Konzertierten Aktion zu kommen, wurden zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen einschließlich der Bundesknappschaft wie auch den Verbänden der Ersatzkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Dezember 1980 Einigungen für den Zeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 1981 erzielt. Die Konzertierte Aktion im Frühjahr 1981 hat dieses ausdrücklich zur Kenntnis genommen und der Empfehlung für die Zeit ab 1. Juli 1981 beigefügt. Die Beratungen haben gezeigt, daß eine gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen kaum zustande zu bringen sein wird, nicht zuletzt auch wohl deswegen, weil die Verbände der Ersatzkassen davon ausgehen, daß sich Empfehlungen erübrigen, weil sie diese Verträge mit den Ärzten unmittelbar abschließen.

**Zu 3.**

Die Frage zielt nach unserem Verständnis auf die Auslegung des § 368 f Abs. 1 bis 3 und Abs. 4 RVO ab. Hier ist es zwischen den Bundesverbänden und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu nicht unerheblichen Meinungsverschiedenheiten gekommen. Diese Meinungsverschiedenheiten beziehen sich insbesondere auf den Fall, wenn die Gesamtvergütung unter Berücksichtigung des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen berechnet wird.

Nach § 368 f Abs. 3 RVO ist vorgeschrieben, daß die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderung der Gesamtvergütungen vereinbaren. Die Bundesverbände sind davon ausgegangen, daß unter Gesamtvergütung das Produkt aus Menge und Preis zu

verstehen ist, und zwar auch bei einer Berechnung nach Einzelleistungen. Von ärztlicher Seite wird hierzu vorgetragen, daß bei einem Einzelleistungssystem die voraussichtliche Mengenentwicklung nicht in die Vereinbarung einbezogen werden dürfe, weil dadurch das Einzelleistungssystem aufgehoben und tatsächlich eine Gesamtvergütung als Festbetrag entstehe. Dieser Auslegungsstreit ist bisher nicht geklärt. Die Bundesverbände und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind bei der Vorstrukturierung zur Empfehlung im Frühjahr 1979 zu einem Mischsystem übergegangen, wonach das Morbiditätsrisiko (Fallzahlentwicklung) von den Krankenkassen getragen wird, wohingegen die Entwicklung des Leistungsbedarfs einer Begrenzung unterworfen wurde. Darüber hinaus besteht auch Unklarheit darüber, ob eine Vereinbarung nach § 368f Abs. 3 Satz 1 RVO bereits die Wirkung hat, daß die vereinbarte Veränderungsrate als Endbetrag für die Gesamtvergütung gelten muß.

Für die Bundesverbände war bei der Festlegung des jetzigen Vergütungssystems nicht ohne Bedeutung, daß § 368f Abs. 3 RVO nach § 525c RVO für die Ersatzkassen sinngemäß gilt und diese das Institut der Gesamtvergütung nicht kennen. Die Ersatzkassen praktizieren ein nahezu reines Einzelleistungssystem, daß auch von den Ärzten bevorzugt wird.

In Anbetracht der Konkurrenzsituation zwischen den Kassenarten und um Präferenzen der Ärzte für einzelne Kassenarten zu vermeiden, sollten die Vergütungssysteme der einzelnen Kassen und Kassenarten nicht allzu sehr voneinander abweichen.

Im zahnärztlichen Bereich wurden Mengenregelungen nicht einbezogen. Dieses ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß die Bundesverbände bis zur Erarbeitung der Empfehlung für den Zeitraum ab 1. Januar 1981 davon ausgegangen sind, daß tatsächlich für den Gesamtbereich der zahnärztlichen Versorgung keine Mengenausweitung stattfindet. Analysen haben jedoch ergeben, daß diese Annahme zumindest für den Bereich der Prothetik nicht mehr zutrifft. In die Empfehlung der Bundesverbände wurde daher aufgenommen, daß, wenn in Zukunft ein weiteres Anwachsen der Menge beim Zahnersatz festzustellen ist, die Vertragspartner bei den Vertragsverhandlungen ab 1. Juli 1982 auch Mengenentwicklungen berücksichtigen werden.

Bei der Anwendung der Vorschriften über den Arzneimittelhöchstbetrag (§ 368f Abs. 6 RVO) gibt es vielerlei Auslegungsschwierigkeiten. Unklar ist z. B., was unter „der Zahl der behandelten Personen" zu verstehen ist. Auch die Frage, unter welchen Voraussetzungen der Einzelregreß einzuleiten ist, blieb bisher ungeklärt. Nach allgemeinem Verständnis dient der Regreß zum Ausgleich einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise. Diese braucht aber beim Überschreiten des Arzneimittelhöchstbetrages durchaus nicht vorzuliegen. Wie bereits bei der Beantwortung der Frage 1 erwähnt, sind die Krankenkassen insoweit andere Wege gegangen. Insbesondere dadurch, daß sie ein sogenanntes Frühwarnsystem eingeführt haben, und nicht zuletzt mit dem Ziel, Einzelregresse in Auswirkung des § 368f Abs. 6 RVO zu vermeiden.

**Zu 4.**

Die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt wie auch in den einzelnen Leistungsbereichen ist dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bekannt. Insofern erübrigen sich weitere Ausführungen. Insgesamt ist das Ziel, die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Einkommensentwicklung der Versicherten in Einklang zu halten, nicht voll erreicht. Es erhebt sich die Frage, ob dieses allein im Wege der Beeinflussung von Preis- und/oder Mengenentwicklungen möglich ist. Die Zahl der Leistungserbringer nimmt trotz abnehmender Bevölkerung laufend zu. Auch der medizinisch-technische Fortschritt, der ungebrochen ist, entwickelt laufend neue Methoden für die Behandlung und Therapie. Zwar hat das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen festgestellt, daß der medizinisch-technische Fortschritt aus der Grundlohnentwicklung durchaus finanziert werden kann, es hat jedoch erhebliche Bedenken geäußert, ob auch die zunehmende Zahl an Leistungserbringern verkraftet werden kann.

Im Arzneimittelbereich zeigt die Ausgabenentwicklung gerade für das Jahr 1980, daß trotz einer zurückhaltenden Verordnungsweise der Ärzte der Arzneimittelhöchstbetrag überschritten wurde, und zwar insbesondere, weil die pharmazeutische Industrie nicht unerhebliche Preiserhöhungen im 2. Halbjahr 1980 vornahm. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben für die Ursachenforschung der Überschreitung des Arzneimittelhöchstbetrages eine Kommission gebildet. Diese Kommission bedient sich bei der Erforschung der Ursachen für die Überschreitung des Arzneimittelhöchstbetrages auch des sogenannten GKV-Arzneimittelindex, der vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen entwickelt wird. Dieses Instrument wird jedoch erst längerfristig Wirkungen zeigen.

Im übrigen besteht eine Vielzahl von Listen zur pharmakologischen und preislichen Transparenz. Es liegen keine Erfahrungen darüber vor, wie der einzelne Arzt diese Listen beachtet und zur Kostendämpfung einsetzt. Wir vermuten, daß hiervon bisher noch kein kostendämpfender Effekt ausgehen konnte.

Bemühungen um Kostendämpfung im stationären Bereich sind nach unserer Auffassung so lange ohne nachhaltige Wirkung, so lange das Selbstkostendeckungsprinzip nicht abgeschafft oder modifiziert wird und überzählige Betten tatsächlich abgebaut werden. Die Preisvereinbarungen mit den Leistungserbringern im Bereich Heil- und Hilfsmittel haben sich seit 1978 stets unter dem Anstieg der Grundlohnsumme gehalten. Die Mengenentwicklung, die nicht zuletzt auch durch die Zunahme an Leistungserbringern beeinflußt wird, ist von den Krankenkassen kaum steuerbar. Zudem ist die Ausweitung der Leistungen im Bereich der Rehabilitation insbesondere bei orthopädischen Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Die Bundesverbände erwarten von neuen Vertragstypen Einschränkungen in den Ausgaben.

Der überproportionale Anstieg der Ausgaben für zahntechnische Leistungen beim Zahnersatz ist u. a. auf die Neuregelung im KVKG zurückzuführen. Ein Einstieg in die neuen Regelungen war nur bei Anhebung des Preisniveaus möglich, außerdem mußten Ausweitungen im Leistungsverzeichnis vorgenommen werden. Dazu kam die Ihnen bekannte Entwicklung der Goldpreise.

### 3. Verband der Angestellten-Krankenkassen

— Der Verband der Arbeiter-Ersatzkassen hat bis auf die Tabellen einen gleichlautenden Bericht abgegeben —

**Zu 1.**

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich insgesamt bewährt. Von der Meinungsbildung dieses Gremiums ist eine Leitfunktion für die sich stabilisierenden positiven Aspekte der Kostenentwicklung ausgegangen. Hervorzuheben ist, daß die bisherige Aufgabenstellung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen der Selbstverwaltung Freiräume beläßt. Dieser Freiraum muß erhalten bleiben. Die Selbstverwaltung hat unter Beweis gestellt, daß sie — vornehmlich im ambulanten Bereich — unter angemessener Berücksichtigung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion durchaus in der Lage ist, ohne dirigistische oder administrative Vorgaben eine kostendämpfende Ausgabenpolitik zu betreiben. Diese Möglichkeit ist der Selbstverwaltung allerdings im Bereich der stationären Behandlung nicht gegeben. Deshalb ist es — insbesondere unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in diesem Bereich — erforderlich, daß die Krankenhäuser alsbald in den Empfehlungsbereich der Konzertierten Aktion vollinhaltlich einbezogen werden.

Die Erfahrungen mit der „Empfehlung zur Veränderung des Arzneimittel-Höchstbetrages" zeigen, daß mit diesem Instrument allein die Arzneimittelausgaben nicht auf das angestrebte Niveau begrenzt werden können.

Für die Arbeit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen dürfen nach unserer Meinung allerdings nicht nur finanzielle Gesichtspunkte bestimmend sein. Die Kostendämpfung darf nicht unter Verzicht auf Humanität, Qualität und Leistungsfähigkeit betrieben werden. Sonst ist keine vernünftige Gesundheitspolitik mehr möglich.

**Zu 2.**

Für die Abgabe einer Empfehlung nach § 368f Abs. 4 RVO bestand kein Erfordernis. Erfahrungen liegen daher nicht vor.

**Zu 3.**

Im Bereich der Ersatzkassen gibt es keine Gesamtvergütungen.

Für die Honorarregelungen in der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung haben die Selbstverwaltungsorgane der Vertragspartner Verträge geschlossen. Diese Verträge entsprachen zeitlich nicht immer den Empfehlungszeiträumen der Konzertierten Aktion, da sie aus wirtschaftlichen Überlegungen für einen längeren Zeitraum vereinbart wurden. Diese Vertragspolitik der Ersatzkassen hat wesentlich zur Dämpfung des Kostenanstiegs beigetragen. Daher muß die Möglichkeit, ggf. auch längerfristige Honorarvereinbarungen abzuschließen, im Sinne der Kostendämpfung unbedingt erhalten bleiben.

Eine Umsetzung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen auf Landesebene gibt es aus vertraglichen Gründen bei den Ersatzkassen nicht.

Die Honorarabsprachen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Ersatzkassen stimmen mit den Empfehlungsvorgaben der Konzertierten Aktion weitgehend überein. Die Ausgabenentwicklung zeigt ebenfalls keine wesentliche Abweichung. Die Vertragspartner waren sich immer der gesetzlichen Verpflichtung bewußt, die von ihnen mitgetragenen Empfehlungen der Konzertierten Aktion „angemessen zu berücksichtigen".

Durch Vereinbarungen der Vertragspartner nach der Dernbacher Erklärung*) sind 1979 und 1981 Maßnahmen getroffen worden, die sich kostendämpfend auf die Ausgabenentwicklung für die vertragsärztliche Behandlung ausgewirkt haben. Im Bereich der zahnärztlichen Behandlung ist durch die erfolgte Umstrukturierung des Bewertungsmaßstabes ab 1. Januar 1981, mit der die Honorare für Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen abgesenkt wurden, zu erwarten, daß auch in diesen bislang überproportional angestiegenen Bereichen eine Ausgabensenkung eintreten wird. Durch sachgerechtere Bewertung der Leistungen im konservierend-chirurgischen Bereich ist langfristig zusätzlich eine Kostendämpfung zu erwarten.

Hinsichtlich der Ausgabenentwicklung bei den Arzneimitteln hat sich gezeigt, daß die überproportionale Preisentwicklung durch die pharmazeutische Industrie selbst bei erkennbar gutem Willen ihrer Vertretung in der Konzertierten Aktion — durch den Bundesverband Pharmazeutische Industrie — von zu hohem Einfluß auf die Entwicklung der Arzneimittelkosten geblieben ist. Gerade die Entwicklung im Jahre 1980 zeigte, daß offensichtlich trotz kostenbewußter Verhaltensweise der Vertragsärzte (weniger Medikamente je Verordnung und weniger Verordnungen je Fall) die Preisvorgaben der Industrie den Ausschlag für die Nichteinhaltung der Empfehlungsvorgaben ergeben haben.

*) Ziffer 4 der Dernbacher Erklärung lautet:
„Die Vertragspartner sind sich einig, die Auswirkungen der für 1976 vereinbarten Festschreibung der Honorare für ärztliche Leistungen nach Vorliegen der ersten Abrechnungsergebnisse zu überprüfen. Sollte dabei festgestellt werden, daß die Ausgabenentwicklung je Mitglied eine nicht vertretbare Steigerung erfahren hat, werden weitere kostendämpfende Maßnahmen vereinbart."

Eine sich nach Ablauf des Vereinbarungszeitraumes bewahrheitende Prognose der Preissteigerungsrate ist Zufall. Die vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie konzidierte Preissteigerungsrate stellt einen Erwartungswert aus einer Fülle von einzelnen Faktoren dar, der keinen Anspruch auf sichere Bestätigung durch die Entwicklung erheben kann. Vielmehr darf den einzelnen Pharmaunternehmen unterstellt werden, daß sie sich bei ihrer Preisgestaltung an der von der Konzertierten Aktion empfohlenen Preissteigerungsrate am Arzneimittel-Höchstbetrag orientieren, dabei aber unvorhergesehene Kostensteigerungen zusätzlich auf den Preis überwälzen, weil eine Absenkung an der Orientierungsmarke, um das Preisniveau zu halten, für sie ein Zurückgehen von bereits sicher geglaubter Position bedeuten würde. Aus diesem Grunde besteht eine Tendenz zur Überschreitung der Preissteigerungsvorgabe des Arzneimittel-Höchstbetrages. Wie die Vergangenheit lehrte, begründete die pharmazeutische Industrie ihre Preissteigerungen stets mit gestiegenen Kosten. Die Nachprüfungen im Einzelfall, ob und in welchem Umfang eine Preissteigerung notwendig wurde, kann nur der Hersteller selbst beantworten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben für die Ursachenforschung der Überschreitung des Arzneimittel-Höchstbetrages eine Kommission gebildet. An dieser Kommission beteiligen sich auch Vertreter des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie und des Deutschen Apotheker-Vereins. Diese „Kommission zur Erforschung der Ursachen der Überschreitung des Arzneimittel-Höchstbetrages" bedient sich des sog. GKV-Arzneimittelindexes.

Dieser stellt allerdings kein Instrument zur Steuerung des Arzneimittel-Höchstbetrages, sondern lediglich der Analyse und nachträglichen eindeutigen Beweisführung bei der Ursachenforschung dar. Im Zuge der Ausgabenanalyse kann der Sektor Arzneimittel näher aufgeschlüsselt, aber nicht mit Hilfe des GKV-Arzneimittelindex beeinflußt werden.

Vor allem seit den verstärkten Bemühungen um Kostendämpfung infolge des KVKG erschienen auf dem Markt eine Reihe von Listen, die mehr oder minder den Anspruch erhoben, dem niedergelassenen Vertragsarzt Transparenz über das Angebot, die Therapiekosten und/oder der Qualität der Medikamente zu vermitteln. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien hier einige genannt:

Rote Liste
Transparenzliste
Transparenz-Telegramm (Weiße Liste)
Arzneimittel-Brief
Arznei-Telegramm
Kleine Spezialitätentaxe (früher Woelm-Liste)
Pharm-Index
Preisvergleichsliste.

Es liegen keine Erfahrungen darüber vor, wie der einzelne Vertragsarzt die Listen beachtet und für kostendämpfende Therapiemaßnahmen anwendet. Die Ersatzkassen befürchten, daß die Vielzahl der Listen eher überfordern als eine echte Hilfe darstellen. Deshalb wäre es nach Auffassung der Ersatzkassen wünschenswert, wenn dem Vertragsarzt eine einzige Liste zur Verfügung gestellt werden könnte, die seinem Informationsbedarf Rechnung trägt. Darüber hinaus könnte es sich als zweckmäßig erweisen, wenn auf entsprechende Anfrage die kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarzt individuell über sein Verordnungsspektrum berät.

Als sinnvoll hat sich die Installation eines „Frühwarnsystems" erwiesen, nach welchem quartalsmäßig bei zu erwartender Überschreitung des Arzneimittel-Höchstbetrages eine Information der Vertragsärzte erfolgt. Im übrigen besteht die Absicht, die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Vertragsebene weiter zu intensivieren.

Wegen des hohen Anteils der Ausgaben für die stationäre Behandlung steht und fällt die ganze Kostendämpfung in der Krankenversicherung mit der Ausgabenentwicklung in diesem Bereich. Die Konzertierte Aktion darf jedoch derzeit keine eindeutigen Empfehlungen für die Kostenentwicklung im Krankenhaus abgeben, sondern gibt statt dessen lediglich sog. Erklärungen ab, die zudem seit Jahren nahezu gleichlautend sind und in denen immer der Vorrang des Selbstkostendeckungsprinzips ausdrücklich betont wird. Das Selbstkostendeckungsprinzip verhindert jedoch, daß auch im Krankenhausbereich eine Übereinstimmung der Ausgabensteigerung mit der Einnahmenentwicklung der Krankenversicherung erreicht werden kann.

Solange hier keine gesetzliche Änderung geschaffen wird, wird die Zielsetzung des Kostendämpfungsgesetzes insgesamt nicht zu erreichen sein.

Während sich die Leistungsausgaben für Krankenhauspflege in den Jahren 1977 bis 1979 unter politischem Druck noch in vertretbarem Rahmen hielten, war im Jahre 1980 schon wieder ein überproportionaler Ausgabenanstieg zu verzeichnen, der zu den Beitragssatzerhöhungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wesentlich beigetragen hat. Diese Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich setzt sich nach den bisher vorliegenden Daten für das I. und II. Quartal 1981 unvermindert fort. Nach den Daten aus der Statistik KV 45 ist eine Gesamtausgabensteigerung von 9,54 v. H. zu verzeichnen. Da sich die Pflegesatzerhöhungen erst im zweiten Halbjahr 1981 voll auswirken, kann schon jetzt ein weitaus höherer Kostenanstieg vorausgesagt werden.

Die Aussagen der Konzertierten Aktion für die sonstigen Bereiche der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere für Heil- und Hilfsmittel sowie für zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz, haben sich in dem Zeitraum von 1978 bis 1981 verschärft. Ursprünglich hatten die Empfehlungen nur Hinweise auf diese Bereiche derart gegeben, daß sich auch dort die Preisentwicklung im angemessenen Rahmen bewegen soll. Die Kostenentwicklung, vor allem im Bereich der zahntechnischen Leistungen, zwang die Konzertierte Aktion dazu, konkrete Empfehlungen auszusprechen. In den Empfehlungen für die Jahre 1980 und 1981 sind letztlich dann gezielte

Hinweise erfolgt, weil die Ausgabenentwicklung in diesen Bereichen die Beitragsstabilität gefährdete.

Die Preisvereinbarungen mit den jeweiligen Vertretungen der nichtmedizinischen Heil- und Hilfsberufe haben sich seit 1978 stets unter dem prozentualen Anstieg der Grundlohnsumme bewegt.

Die dennoch überproportional gestiegenen Ausgaben je Mitglied sind u. a. darauf zurückzuführen, daß die Zahl der Leistungserbringer in allen Bereichen ständig angestiegen ist. Hierauf haben die Ersatzkassen keinen Einfluß, da jeder Antragsteller ohne Berücksichtigung des Bedarfs zugelassen werden muß, wenn er die fachlichen Voraussetzungen erfüllt und die sachlichen Erfordernisse nachgewiesen hat.

Diese Aussage gilt grundsätzlich auch für die Kostenentwicklung der Hilfsmittel. Insbesondere ist hier, neben der Preisentwicklung, die aufgrund des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes ergangene Rechtsprechung und die damit verbundene erhebliche Leistungsausweitung die Ursache.

Der überproportionale Anstieg der Ausgaben für zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz ist eindeutig auf die Verpflichtung aus dem KVKG zurückzuführen. Die Vereinbarungen waren nur auf sehr hohem Preisniveau möglich und beinhalteten darüber hinaus eine umfangreiche Ausweitung der Leistungsverzeichnisse. Kostentreibend war in den Jahren 1979 und 1980 zusätzlich die von der Krankenversicherung nicht zu beeinflussende Entwicklung der Preise für Edelmetall.

Die von Ihnen gewünschten Angaben über Einnahmen und Ausgaben haben wir als Anlage beigefügt.

**Leistungsausgaben VdAK (je Mitglied)**

| | ärztliche Behandlung DM | zahnärztliche Behandlung DM | Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken DM | Arzneien, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen DM | Zahnersatz DM | Krankenhauspflege DM | Leistungsausgaben insgesamt DM | durchschnittl. Beitragssatz v.H. | Grundlohn je Mitglied DM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1977 | 420,24 | 188,26 | 270,69 | 110,96 | 191,94 | 500,55 | 1 992,17 | *11,83* | – |
| 1978 | 427,15 | 195,86 | 283,88 | 123,69 | 220,21 | 514,59 | 2 084,25 | *11,59* | 22 679,35 |
| 1979 | 449,61 | 203,00 | 296,61 | 136,02 | 247,01 | 528,14 | 2 219,65 | *11,23* | 23 390,44 |
| 1980 | 485,60 | 208,72 | 320,26 | 147,26 | 273,69 | 565,62 | 2 424,74 | *11,22* | 24 469,74 |
| 1. Halbj. 1980 | – | – | 159,16 | 72,42 | – | 273,44 | 1 200,88 | – | – |
| 1. Halbj. 1981*) | – | – | 170,48 | 76,36 | – | 290,27 | 1 269,23 | *11,87* | – |
| *Veränderungen in v. H. (je Mitglied) gegenüber Vorjahr* | | | | | | | | | |
| 1977 | *3,24* | *4,71* | *2,25* | *5,45* | *7,00* | *3,49* | *3,70* | – | – |
| 1978 | *1,64* | *4,04* | *4,87* | *11,47* | *14,73* | *2,80* | *4,62* | – | – |
| 1979 | *5,26* | *3,65* | *4,48* | *9,97* | *12,17* | *2,63* | *6,50* | – | *3,14* |
| 1980 | *8,00* | *2,81* | *7,97* | *8,26* | *10,80* | *7,10* | *9,24* | – | *4,61* |
| 1. Halbj. 1980 | *≈ 5,00* | *≈ 4,40* | *7,12* | *5,44* | *≈ 2,60* | *6,15* | *5,69* | – | *4,63* |

*) Für das 1. Halbjahr 1981 liegen noch keine endgültigen Zahlen vor, weil die Abrechnungsergebnisse für Ärzte, Zahnärzte, Zahnersatz noch fehlen. Deshalb wird auf die Angabe der Pro-Kopf-Werte verzichtet. Die für diesen Zeitraum angesetzten v. H.-Werte beruhen auf telefonischen Auskünften der KBV bzw. KZBV.

**Einnahmenentwicklung**

| | Beitragseinnahmen je Mitglied | | | Veränderung in v. H. | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Allg. KV | Rentner | zusammen | Allg. KV | Rentner | zusammen |
| 1977 | 2 464,11 | 664,98 | 2 171,85 | *6,86* | *– 44,71* | *1,68* |
| 1978 | 2 536,65 | 583,01 | 2 210,97 | *2,94* | *– 12,33* | *1,80* |
| 1979 | 2 599,29 | 439,03 | 2 233,80 | *2,47* | *– 24,70* | *1,03* |
| 1980 | 2 752,21 | 400,76 | 2 352,82 | *5,88* | *– 8,72* | *5,33* |
| 1. Halbj. 1980 | 1 347,68 | 214,39 | 1 153,00 | – | – | – |
| 1. Halbj. 1981 | 1 455,95 | 207,87 | 1 237,88 | *8,03* | *– 3,04* | *7,36* |

| | Einnahmen insgesamt | |
|---|---|---|
| | je Mitglied | Veränderung in v. H. |
| 1977 | 2 233,18 | *2,32* |
| 1978 | 2 275,40 | *1,89* |
| 1979 | 2 309,21 | *1,49* |
| 1980 | 2 469,45 | *6,94* |
| 1. Halbj. 1980 | 1 193,16 | – |
| 1. Halbj. 1981 | 1 282,65 | *7,50* |

### Leistungsausgaben AEV (je Mitglied)

| | ärztliche Behandlung | zahnärztliche Behandlung | Arzneien, Heil- und Hilfsmittel | | Zahnersatz | Krankenhauspflege | Leistungsausgaben insgesamt | durchschnittl. Beitragssatz | Grundlohn je Mitglied |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | aus Apotheken | von anderen Stellen | | | | | |
| | DM | DM | DM | DM | DM | DM | DM | v. H. | DM |
| 1977. . . . . . | 388,25 | 187,65 | 252,78 | 114,81 | 230,77 | 506,32 | 1 994,99 | – | – |
| 1978. . . . . . | 405,25 | 197,91 | 274,44 | 132,44 | 184,15 | 527,95 | 2 051,71 | *11,46* | 23 958,41 |
| 1979. . . . . . | 423,77 | 203,93 | 285,25 | 155,44 | 209,56 | 548,03 | 2 195,03 | *11,03* | 25 510,98 |
| 1980. . . . . . | 455,42 | 210,47 | 307,02 | 170,06 | 237,98 | 584,39 | 2 390,34 | *11,01* | 26 945,56 |
| 1. Halbj. 1980 . | – | – | 153,06 | 82,24 | – | 289,06 | 1 190,24 | – | – |
| 1. Halbj. 1981 *) | – | – | 164,44 | 88,04 | – | 309,47 | 1 267,35 | *11,12* | – |
| *Veränderungen in v. H. (je Mitglied) gegenüber Vorjahr* | | | | | | | | | |
| 1977. . . . . . | *3,78* | *4,45* | *0,23* | *10,52* | *– 2,44* | *1,07* | *2,08* | – | – |
| 1978. . . . . . | *4,30* | *5,47* | *8,57* | *15,35* | *– 20,20* | *4,27* | *2,84* | – | – |
| 1979. . . . . . | *4,57* | *3,04* | *3,94* | *17,37* | *13,80* | *3,80* | *6,99* | – | *6,48* |
| 1980. . . . . . | *7,47* | *3,21* | *7,63* | *9,40* | *13,56* | *6,63* | *8,90* | – | *5,62* |
| 1. Halbj. 1980 . | *≈ 5,00* | *≈ 4,40* | *7,43* | *7,04* | *≈ 2,60* | *7,06* | *6,48* | – | *4,38* |

*) Für das 1. Halbjahr 1981 liegen noch keine endgültigen Zahlen vor, weil die Abrechnungsergebnisse für Ärzte, Zahnärzte, Zahnersatz noch fehlen. Deshalb wird auf die Angabe der Pro-Kopf-Werte verzichtet. Die für diesen Zeitraum angesetzten v. H.-Werte beruhen auf telefonischen Auskünften der KBV bzw. KZBV.

### Einnahmenentwicklung

| | Beitragseinnahmen je Mitglied | | | Veränderung in v. H. | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Allg. KV | Rentner | zusammen | Allg. KV | Rentner | zusammen |
| 1977. . . . . . . | 2 566,67 | 844,94 | 2 255,89 | *10,86* | *– 33,93* | *5,71* |
| 1978. . . . . . . | 2 724,69 | 205,95 | 2 262,76 | *6,16* | *– 75,63* | *0,30* |
| 1979. . . . . . . | 2 786,55 | 130,95 | 2 304,84 | *2,27* | *– 36,42* | *1,86* |
| 1980. . . . . . . | 2 944,96 | 37,32 | 2 424,42 | *5,68* | *– 71,50* | *5,19* |
| 1. Halbj. 1980. . | 1 451,52 | 46,80 | 1 198,86 | – | – | – |
| 1. Halbj. 1981. . | 1 518,58 | – 23,51 | 1 243,79 | *4,62* | *– 150,24* | *3,75* |

| | Einnahmen insgesamt | |
|---|---|---|
| | je Mitglied | Veränderung in v. H. |
| 1977. . . . . . . | 2 317,22 | *6,12* |
| 1978. . . . . . . | 2 326,72 | *0,41* |
| 1979. . . . . . . | 2 380,73 | *2,32* |
| 1980. . . . . . . | 2 522,09 | *5,94* |
| 1. Halbj. 1980. . | 1 240,07 | – |
| 1. Halbj. 1981. . | 1 300,26 | *4,85* |

#### 4. Kassenärztliche Bundesvereinigung

Unter Bezugnahme auf Artikel 2 § 6 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes kündigen Sie einen Erfahrungsbericht über die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen an, der sich in drei Komplexe gliedern wird. So sollen

1. die Erfahrungen mit den hauptsächlichen Kostendämpfungsinstrumenten des KVKG und ihren Auswirkungen,
2. die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Einkommensentwicklung der Versicherten dargestellt sowie
3. Vorschläge für gesetzgeberische Maßnahmen ggf. unterbreitet werden.

Gerade letztere Absicht veranlaßt uns zu der Feststellung, daß nach unserer Auffassung durch das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG) der Erfahrungsbericht der Bundesregierung insgesamt in Frage gestellt ist. Nach der Begründung zu dem Regierungsentwurf des KVEG sollen mit diesem Gesetz sowohl die Ausgabenzuwächse zu Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, die stärkere Begrenzung auf das medizinisch Erforderliche sowie auf den Preiswettbewerb Einfluß genommen werden. Dieses stellen Entwicklungen dar, die im Rahmen des bis zum 31. Dezember des Jahres zu erstattenden Berichts erst noch zu analysieren gewesen wären. Insoweit möchten wir unser Bedauern nachdrücklich darüber zum Ausdruck bringen, daß die Bundesregierung die gesetzgeberische Initiative ergriffen hat, ohne den Erfahrungsbericht abzuwarten, wodurch der Sinn des Berichts überhaupt in Frage gestellt ist.

Für den Bereich der ambulanten kassenärztlichen Versorgung erübrigen sich gesetzgeberische Eingriffe nicht nur wegen des erfolgreichen Erhaltens der Kostenbalance in den letzten Jahren, sondern auch wegen der Gefahr, daß aktuelle, weitergehende Kostendämpfungsbemühungen der Kassenärzte torpediert würden. In den Jahren seit Inkrafttreten des KVKG (1977 bis 1980) ist die Grundlohnsumme um insgesamt 24,8 v. H. je Mitglied gestiegen, dagegen haben sich die Entwicklungen für die ambulante ärztliche Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung nur um 20,7 v. H. je Mitglied erhöht. Wäre in den anderen Ausgabenbereichen eine entsprechende Entwicklung erfolgt, so hätte der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur stabil gehalten, sondern sogar gesenkt werden können.

Unter nochmaliger Betonung des nach unserer Auffassung nur noch eingeschränkten Wertes des Erfahrungsberichts nehmen wir zu den von Ihnen aufgeworfenen Fragen wie folgt Stellung:

**Zu 1.**

Erfahrungen mit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, insbesondere ihrer Wirkungsweise sowie den Empfehlungen zu den einzelnen Bereichen (Gesamtvergütungen, Arzneimittelhöchstbeträge, Krankenhausbereich, Zahnersatz, Heil- und Hilfsmittel „Strukturempfehlungen“

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen konnte ihren gemäß § 405 a RVO vorgegebenen Aufgaben, insbesondere der Abgabe der Empfehlungen zur Veränderung der kassenärztlichen Gesamtvergütung nur deshalb nachkommen, weil die von diesen Empfehlungen unmittelbar betroffenen Organisationen und Verbände die jeweiligen Sitzungen der Konzertierten Aktion intensiv vorbereiteten. Dies war auch insoweit sinnvoll, als entsprechende Empfehlungen der Konzertierten Aktion nur mit ausdrücklicher Zustimmung der unmittelbar Betroffenen zustande kamen. Darüber hinaus bedingte diese Vorgehensweise eine vorhergehende Erörterung und Abstimmung der Empfehlungsinhalte in den jeweiligen Führungsgremien, weshalb die später zu vollziehende Umsetzung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion auf der Ebene der Gesamtvertragspartner — von wenigen Ausnahmen abgesehen — keine Schwierigkeiten bereitete.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist gemäß § 405 a RVO gehalten, Empfehlungen über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge bis zum 31. März eines Jahres unter Berücksichtigung der Daten des Jahreswirtschaftsberichts abzugeben. Aus diesem Terminzwang ergab sich insofern eine Schwierigkeit, als es die Konzertierte Aktion in der Frühjahrssitzung 1979 für ratsam gehalten hatte, eine eineinhalbjährige Laufzeit der ärztlichen wie zahnärztlichen Vergütungsverträge zu empfehlen. Für die Anschlußverträge konnte die Konzertierte Aktion zeitgerecht keine Empfehlung abgeben, weshalb die Vertragspartner auf Bundesebene ihrerseits dazu angehalten waren. Aus dieser Schwierigkeit die Notwendigkeit der gesetzlichen Einbindung der Vergütungsverträge in feste Laufzeiten (1. Juli bis 30. Juni des folgenden Jahres) herzuleiten, ist fehlsam. Dadurch würde die bewährte Praxis, über den Vertragszeitraum auch Honorarentwicklungen zu steuern, unmöglich gemacht. Allenfalls sollte darüber nachgedacht werden, den Zwang für die Konzertierte Aktion, bis zum 31. März eines Jahres Empfehlungen zu den Ausgabenentwicklungen in den einzelnen Bereichen abgeben zu müssen, aufzuheben. Bezüglich der Strukturempfehlungen verweisen wir auf unsere Stellungnahme, welche wir Ihnen unter dem Datum des 31. Juli 1981 übermittelt haben.

**Zu 2.**

Erfahrungen mit den Empfehlungen der Spitzenorganisationen der Kassenärzte (Kassenzahnärzte) und Krankenkassen auf Bundesebene

Die Empfehlungskompetenz der Bundesverbände der Krankenkassen und der Kassenärzte wurde bis zum Inkrafttreten des KVKG aus ihrer allgemeinen gesetzlichen Stellung insbesondere aus § 368 Abs. 1 RVO hergeleitet, wonach Ärzte und Krankenkassen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen zusammenwirken. Es war nicht die Absicht, durch die Empfehlun-

gen auf Bundesebene in die gesetzlich geordnete Vertragskompetenz auf Landesebene einzugreifen. Dennoch hatte sich gezeigt, daß die gemeinsamen Empfehlungen der Bundesverbände der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch ihre fachlich überzeugende Qualität ihre Wirkung auf die Vertragspartner auf Landesebene nicht verfehlten. Es kann davon ausgegangen werden, daß die damals erlassenen Empfehlungen regelmäßig Inhalt der Gesamtverträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen geworden sind. Die durch das KVKG eingerichtete gesetzliche Empfehlungskompetenz nach § 368 f Abs. 4 RVO war von der Zweckverfolgung her unnötig, da auch ohne die ausdrückliche gesetzliche Regelung die Selbstverwaltung auf Bundesebene reibungslos funktionierte. Die nunmehr gesetzlich gegebene Kompetenz der Bundesverbände und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung steht unter der Subsidiaritätsvorschrift, daß sie nur dann auszuschöpfen ist, wenn nicht die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eine entsprechende Empfehlung abgegeben hat, der die Vertreter der Krankenversicherung und der Kassenärzte zugestimmt haben. Da die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gemäß § 405 a RVO seit ihrer Errichtung Empfehlungen aussprach, welcher die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärzte zustimmen konnten, blieb im Berichtszeitraum die Kompetenz aus § 368f Abs. 4 RVO im wesentlichen ungenutzt. Die Vertiefung der Frage, wann eine Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen einer der Kompetenz der Bundesverbände und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 368f Abs. 4 RVO „entspricht“, brauchte im Berichtszeitraum nicht näher vertieft zu werden. Soweit die Bundesverbände und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen vertragsfreien Raum, welcher auch nicht durch die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen durch eine Empfehlung konkret gedeckt erschien, erkannten, haben sie ihn allerdings unter Inanspruchnahme ihrer gesetzlichen Kompetenz aus § 368f Abs. 4 RVO ausgefüllt. Dies trifft insbesondere auf die Empfehlung vom 22. Dezember 1980 zu, nach welcher den Partnern der Gesamtverträge der Abschluß von Honorarregelungen bis zum 30. Juni 1981 anheimgegeben wurde. Hier zeigte sich auch der besondere Vorteil, daß für Empfehlungszeitraum und Wirkungsdauer von Gesamtverträgen eine gesetzliche Vorgabe nicht besteht, sondern es den Partnern des Bundesmantelvertrages überlassen ist, nach den jeweiligen Erkenntnissen der wirtschaftlichen Gesamtlage in Verbindung mit dem Verlauf der Morbidität den Vertragszeitraum als solchen als Instrument auch der Honorarregelung zu nutzen und damit zum wirtschaftlichen Ausgleich zwischen Kassenärzten und Krankenkassen beizutragen. Jede gesetzliche Einengung hierzu stellt einen sachlich nicht gerechtfertigten Eingriff in die Freiheit der Selbstverwaltung dar und wird zu starrer Handhabung der vertraglichen Regelungen führen müssen.

Bezüglich des Verhältnisses der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Ersatzkassen bedarf es nicht der entsprechenden Anwendung des § 368f Abs. 4 RVO, da hier die Partner auf Bundesebene auch unmittelbar Partner des Gesamtvertragswerkes einschließlich des Vergütungsabkommens sind.

**Zu 3.**

Erfahrungen mit der Anwendung sowie den Auswirkungen der Regelungen über die Gesamtvergütungen und Arzneimittelhöchstbeträge, wobei insbesondere die Fragen der Rechtsanwendung durch die Selbstverwaltung (auch im Verhältnis RVO/Ersatzkassen) sowie die Umsetzung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen auf Landesebene einbezogen sein sollen

Die von der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen gegebenen Empfehlungen sind mit wenigen Ausnahmen in die Regelungen über die Gesamtvergütungen zwischen den Partnern der Gesamtverträge eingegangen. Ausnahmen haben sich dort ergeben, wo Krankenkassen artspezifische Abweichungen von den Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Hinblick auf § 368f Abs. 4 letzter Satz RVO geltend gemacht haben. Beispielhaft sei aber auch darauf hingewiesen, daß sich der Landesverband der Ortskrankenkassen Württemberg-Baden generell geweigert hat, der entsprechenden Empfehlung auf Bundesebene für das 1. Halbjahr 1981 vertraglich nachzukommen und erst durch das Landesschiedsamt der Vertragsinhalt festgesetzt werden mußte. Von solchen Ausnahmen abgesehen, kann generell davon gesprochen werden, daß sich die Partner der Gesamtverträge in den Empfehlungsrahmen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen sowie der Partner des Bundesmantelvertrages eingeordnet haben. Strittige Fragen der Rechtsanwendung haben sich dadurch, daß sich die Partner des Bundesmantelvertrages regelmäßig vor der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen auf ein gleichförmiges Verhalten bei der Abgabe der Empfehlung einigen konnten, nicht oder nur in Randfragen ergeben. Für das Verhältnis der Ersatzkassen zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung gilt im wesentlichen das zu Nr. 2 Ausgedrückte, wobei der rechtssystematische Unterschied sowohl was die Stellung der Ersatzkassen gemäß § 525c Abs. 3 RVO im allgemeinen als auch ihre organisatorisch andere Gliederung im besonderen angeht, beachtet worden ist. Allein der Umstand, daß die Partner des Arzt/Ersatzkassenvertrages sich bundeseinheitlich ohne Weitergabe von Empfehlungen an Landeseinrichtungen über den Inhalt ihrer Vertragsbeziehungen rechtsverbindlich einigen konnten, macht das Verhältnis zwischen Vertragsärzten und Ersatzkassen different vom Verhältnis der Kassenärzte zu den Bundesverbänden gestaltbar. Die gemeinsame Selbstverwaltung zwischen Ersatzkassen und Vertragsärzten hat im Berichtszeitraum reibungslos und harmonisch auch dort funktioniert, wo Maßnahmen nach Nr. 4 der Dernbacher Erklärung zwischen VdAK und KBV angezeigt waren und ergriffen wurden.

**Zu 4.**

Angaben über die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und die Einkommensentwicklung der Versicherten (1977 bis 1981), wobei insbesondere bereichsspezifische Darstellungen maßgeblicher Ausgabenpositionen vorgenommen und aus Ihrer Sicht kritische Ausgabenentwicklungen näher erläutert werden sollten

Über die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen für die ambulante ärztliche Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt die beigefügte Tabelle 1 Aufschluß. Danach zeigt sich, daß in den Jahren 1977 bis 1980 — wie schon einleitend ausgeführt — die durchschnittliche Grundlohnsummenentwicklung über der Ausgabenentwicklung in diesem Sektor liegt. Bei der isolierten Betrachtung der einzelnen Jahre liegt nur in 1980 die Entwicklung des Grundlohnes tiefer. Hierbei gilt es allerdings zu beachten, daß der Empfehlung der Konzertierten Aktion vom März 1980 eine Prognose über den Zuwachs der Grundlohnsumme in Analogie zum Jahreswirtschaftsbericht von 6,5 v. H. zugrunde gelegt worden war. Das tatsächliche Ergebnis in der Ausgabenentwicklung für ambulante ärztliche Behandlung weicht vom Prognosedatum nur geringfügig ab. In umgekehrter Richtung entwickelte sich der Preisindex und führte damit zu einer stärkeren als erwarteten Steigerungsrate der Praxiskosten. Der Prognose von 4,5 v. H. (Jahreswirtschaftsbericht) stand eine tatsächliche Zuwachsrate der Preise von 5,5 v. H. gegenüber (s. Tabelle 2). Die der Empfehlung der Konzertierten Aktion zugrundeliegenden Rahmenbedingungen haben sich insoweit für die Kassenärzte schlechter entwickelt als erwartet.

Zur Ausgabenentwicklung im Jahre 1981 liegen uns bislang nur die Daten des 1. Quartals vor. Danach beträgt der Ausgabenzuwachs für ambulante kassen- und vertragsärztliche Versorgung je Mitglied 6,5 v. H. Für das 2. Quartal liegen bis heute lediglich für den Ersatzkassenbereich 50 v. H. der Abrechnungsergebnisse vor. Danach sind die Ausgaben je Mitglied für vertragsärztliche Versorgung um 4,4 v. H. gestiegen. Übertragen auf das 1. Halbjahr kann eine Ausgabensteigerung je Mitglied bei den Ersatzkassen erwartet werden, die deutlich unter 6 v. H. liegt. Für den Bereich der RVO-Kassen kann eine gleichförmige Entwicklung erwartet werden. Darüber hinaus rechnen wir für das 2. Halbjahr dieses Jahres wegen der Struktur der Verträge im RVO-Bereich mit einem weiteren Abschwung der Ausgabenentwicklung.

Tabelle 1

**Veränderungsraten ausgewählter Indikatoren in der gesetzlichen Krankenversicherung**

| Lfd. Nr. | Vorgang | Jahr | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Grundlohnsumme je Mitglied | + 7,9 | + 6,2 | + 6,9 | + 6,2 | + 5,5 |
| 2. | Beitragssatz, Durchschnitt aller Kassen in % von der Grundlohnsumme | 11,29 | 11,37 | 11,41 | 11,25 | 11,40 |
| 3. | Leistungsausgaben gesamt in der GKV je Mitglied | + 9,0 | + 4,0 | + 5,2 | + 6,9 | + 9,3 |
| 4. | Leistungsausgaben für ambulante Behandlung in der GKV je Mitglied | + 5,6 | + 4,0 | + 4,1 | + 5,8 | + 6,8 |
| 5. | Entwicklung der Arztzahlen | + 3,0 | + 2,7 | + 2,5 | + 2,2 | + 1,4 |
| 6. | Fallzahl je Mitglied | + 2,7 | − 0,3 | + 1,7 | + 0,3 | + 0,9 |
| 7. | Preisindex der Lebenshaltung Veränderung in % | + 4,3 | + 3,7 | + 2,7 | + 4,1 | + 5,5 |

Quelle: Nr. 1 bis 4: BMA-Statistik, 5 und 6: KBV-Statistik, 7: Statistisches Bundesamt.

Tabelle 2

**Veränderungsraten ausgewählter Indikatoren aus dem Jahreswirtschaftsbericht**

| | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Annahme der Veränderung der Bruttolohn- und -gehaltssumme | + 7,5 | + 5,5 | + 6,0 | + 6,5 | + 4,0 |
| 2. Tatsächliche Entwicklung von 1. | + 6,9 | + 5,2 | + 5,5 | + 6,6 | – |
| 3. Grundlohnsumme je Mitglied | + 6,2 | + 6,9 | + 6,2 | + 5,5 | – |
| 4. Annahme der Veränderung der Preisentwicklung (Verbraucher) | rd. 4% | + 3,5 | + 3,0 | + 4,5 | + 4,5 |
| 5. Tatsächliche Entwicklung von 4. | + 3,7 | + 2,7 | + 4,1 | + 5,5 | – |

Abschließend möchten wir noch auf die Ihnen schriftlich vorliegende Zusage durch den Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hinweisen, sowohl mit den RVO- als auch mit den Ersatzkassen Verträge abzuschließen, die eine Verlängerung der bestehenden Vergütungsregelungen bis Ende 1982 zum Inhalt haben werden. Dadurch wird es zu einer weiteren erheblichen Kostenentlastung der gesetzlichen Krankenversicherung kommen.

## 5. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Die von Ihnen angesprochenen drei Berichtskomplexe, die sich auf die Erfahrungen mit den hauptsächlichen Kostendämpfungsinstrumenten des KVKG und ihren Auswirkungen, die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Einkommensentwicklung der Versicherten sowie ggf. auf Vorschläge für gesetzgeberische Maßnahmen beziehen, geben Anlaß zu der Frage, welche Bedeutung die Bundesregierung dem gesetzlichen Auftrag des Erfahrungsberichtes nach der Vorlage eines Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes (KVEG) überhaupt noch beimißt.

Die in der Begründung des Regierungsentwurfs des KVEG angesprochenen Zielprojektionen, nämlich die Steuerung der Ausgabenzuwächse der Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, die stärkere Begrenzung auf das medizinisch Erforderliche sowie die Stärkung des Preiswettbewerbes stimmen weitgehend mit den Fragestellungen überein, die im Rahmen des bis zum 31. Dezember dieses Jahres zu erstattenden Berichtes der Bundesregierung zu untersuchen gewesen wären. Die Gesetzesinitiative der Bundesregierung nimmt den größten Teil der im Erfahrungsbericht zu analysierenden Fragestellungen vorweg, in dem zum Teil bestimmte Entwicklungen unterstellt werden und der Versuch gemacht wird, durch dirigistische Eingriffe diese antizipierten Ergebnisse zu bewältigen und teilweise zu korrigieren, ohne den Erfahrungsbericht und eine eingehende, fundierte Analyse abzuwarten.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bringt mit Nachdruck ihr Bedauern darüber zum Ausdruck, daß die Bemühungen der Selbstverwaltung, eigenverantwortlich Lösungsmöglichkeiten zu finden, durch gesetzgeberische Eingriffe torpediert und aktuelle, weitergehende Kostendämpfungsbemühungen in Frage gestellt werden könnten. Die Zahnärzte haben in den vergangenen Jahren ihr Kostenbewußtsein bewiesen und konstruktive Beiträge zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung geleistet, wie die Vorschläge zur ausgewogenen Umstrukturierung, zur Verwendung von edelmetallreduzierten Legierungen, zur Modifikation der Bezuschussung von Zahnersatzleistungen und zur Prophylaxe eindrucksvoll dokumentieren. Die Höhe der zahnärztlichen Vergütung hat zudem seit Inkrafttreten des KVKG stets erheblich unter der Zuwachsrate der Grundlohnsumme gelegen, so daß die geplanten gesetzgeberischen Interventionen allen Bemühungen der Selbstverwaltung einschließlich den auch von der Bundesregierung immer wieder gegebenen Absichtserklärungen zuwiderlaufen, eigenverantwortlichen Regelungen der Selbstverwaltungsorgane den Vorrang gegenüber staatlichen Akten dirigistischer Provenienz zu geben. Die KZBV stellt daher nachdrücklich fest, daß der Wert des bis zum Jahresende zu erstattenden Erfahrungsberichtes durch die geplanten gesetzgeberischen Maßnahmen ganz wesentlich eingeschränkt wird und daß die Stellungnahme der KZBV zu den von Ihnen aufgeworfenen Fragen unter dem ausdrücklichen Vorbehalt unserer entschiedenen Ablehnung der im KVEG vorgesehenen dirigistischen Interventionen abgegeben wird.

**Zu 1.**

Erfahrungen mit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, insbesondere ihrer Wirkungsweise sowie den Empfehlungen zu den einzelnen Bereichen (Gesamtvergütungen, Arzneimittelhöchstbeträge, Krankenhausbereich, Zahnersatz, Heil- und Hilfsmittel „Strukturempfehlungen“)

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat seit Konstituierung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen konstruktiv an deren gesetzlich in § 405 a RVO fixierten Aufgaben mitgewirkt. Dies gilt sowohl für die Strukturempfehlungen der Konzertierten Aktion als auch für die Abgabe der Empfehlungen zur Veränderung der kassenzahnärztlichen Gesamtvergütung.

Die KZBV hat in Abstimmung mit den von diesen Empfehlungen unmittelbar betroffenen Organisationen und Verbänden, insbesondere den Spitzenverbänden der Krankenkassen, die jeweiligen Sitzungen der Konzertierten Aktion intensiv vorbereitet, um sicherzustellen, daß der Konzertierten Aktion zustimmungsfähige Empfehlungen vorgelegt werden konnten.

Da vergütungsrelevante Empfehlungen der Konzertierten Aktion nur mit ausdrücklicher Zustimmung der unmittelbar Betroffenen zustande kommen konnten, war eine eingehende Erörterung und Abstimmung der Empfehlungsinhalte mit den Beteiligten erforderlich, insbesondere auch im Hinblick auf die sich in einer zweiten Phase vollziehende Umsetzung der Empfehlung der Konzertierten Aktion auf der Ebene der Gesamtvertragspartner.

Die KZBV hat in der Konzertierten Aktion stets ein Koordinierungs- und Konsultationsgremium gesehen, das den Sachverstand der am Gesundheitswesen beteiligten Organisationen bündeln und zu einer Stärkung der Verantwortung aller am Gesundheitswesen Beteiligten sowohl hinsichtlich der strukturellen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens als auch der gesamtwirtschaftlichen Bezüge der Gesundheitsversorgung führen soll. Demgegenüber würde es die KZBV für verhängnisvoll halten, die Konzertierte Aktion entgegen der ursprünglichen gesetzgeberischen Absicht zu einem zentralen Planungs- und Steuerungsinstrument zu denaturieren, das die Eigenverantwortung und -initiative der Selbstverwaltung unterminiert.

Die KZBV hat daher entschieden Versuche zurückgewiesen, Empfehlungen der Konzertierten Aktion zur Veränderung der kassenärztlichen Gesamtvergütung entgegen dem ausdrücklichen Gesetzeswortlaut des § 405 a RVO auch dann als zustande gekommen zu fingieren, wenn die Betroffenen ihr nicht zugestimmt haben. Dies war im Frühjahr 1978 der Fall, als die KZBV sich außerstande sah, im Hinblick auf das vorgelegte Datenmaterial einem Empfehlungsvorschlag zuzustimmen. Im Hinblick auf das gesetzlich statuierte Gemeinsamkeitserfordernis der Empfehlung war somit weder eine die Bundesempfehlung nach § 368 f Abs. 4 RVO ersetzende Empfehlung der Konzertierten Aktion noch überhaupt eine Empfehlung zustande gekommen, die rechtliche Relevanz beanspruchen konnte. Da anschließend auch eine Bundesempfehlung gemäß § 368 f Abs. 4 nicht zustande kam, konnte von den Schiedsämtern eine rechtlich nicht existente Empfehlung der Konzertierten Aktion nicht den Schiedssprüchen zugrundegelegt werden.

Der von verschiedenen Seiten unternommene und nicht erfolglos gebliebene Versuch, der nicht zustandegekommenen Empfehlung der Konzertierten Aktion der Frühjahrssitzung 1978 über die Schiedsämter faktisch zum Durchbruch zu verhelfen, stellte eine bedenkliche und für die Funktionsweise der Selbstverwaltung schädliche Umgehung gesetzlicher Kompetenznormen dar.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gibt gemäß § 405 RVO Empfehlungen über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge bis zum 31. März eines Jahres unter Berücksichtigung der Daten des Jahreswirtschaftsberichts. Aus diesem Terminzwang resultierten Schwierigkeiten, als es die Konzertierte Aktion in der Frühjahrssitzung 1979 für ratsam gehalten hatte, eine eineinhalbjährige Laufzeit der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütungsverträge zu empfehlen. Da für die Anschlußverträge die Konzertierte Aktion nicht zeitgerecht Empfehlungen abgeben konnte, waren die Vertragspartner auf Bundesebene ihrerseits dazu angehalten. Die KZBV hat stets Dispositionen über den Zeitraum des Vertragsabschlusses als ein wesentliches Element der Vertragsfreiheit angesehen und durch variable Laufzeiten des Vertragszeitraumes in der Vergangenheit häufig eine kostendämpfende Vertragsgestaltung bewirkt. Eine Standardisierung des Vertragszeitraumes und eine Anbindung der Vergütungsverträge an feste Laufzeiten würde eine solche flexible Vertragsgestaltung unmöglich machen.

Die Verträge der KZBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen haben die Eckdaten der Konzertierten Aktion stets mit berücksichtigt, so daß eine strikte Anbindung an Empfehlungszeiträume überflüssig ist. Sofern gesetzliche Terminzwänge, wie die Festlegung des 31. März als Empfehlungsdatum, die Wirkungsweise der Konzertierten Aktion behindern, sollte diese terminliche Fixierung aufgehoben werden. Sie legitimiert jedoch nicht die Einbindung der Vergütungszahlungen durch eine Mengenautomatik und erst recht durch Pauschal- und Festbetragsregelungen lehnt die KZBV ab. Die Abrechnungsergebnisse der letzten Jahre machen deutlich, daß sich die Ausgabensteigerung je Mitglied sowohl im Rahmen von der Konzertierten Aktion prognostizierten Grundlohnsummenentwicklung als auch, wie sich später jeweils feststellen ließ, im Rahmen der tatsächlichen Grundlohnsummenentwicklung bewegt haben (siehe Ausführungen zu Punkt 4).

Diese Ergebnisse waren allerdings nur möglich durch eine Anhebung des Punktwertes für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen um Prozentsätze, die die tatsächlich eingetretenen Kostensteigerungen nur zu einem Teil ausgeglichen haben.

Die durchschnittliche auf das Jahr bezogene Punktwertanhebung auf Grund der Empfehlungsvereinbarung mit den Bundesverbänden der Krankenkassen vom 14. März 1979 betrug 3,2 v. H., auf Grund der Empfehlungsvereinbarung vom 22. Dezember 1980 3,6 v. H. Die durchschnittliche auf das Jahr bezogene Punktwertanhebung auf Grund der Vereinbarung mit den Ersatzkassen vom 21. März 1979 betrug 3,0 v. H., auf Grund der Vereinbarung vom 14. Dezember 1980 3,7 v. H.

Sowohl die Empfehlungen der Konzertierten Aktion als auch die Empfehlungen nach § 368 f Abs. 4 haben sich nach den gesetzlichen Bestimmungen auf die Veränderung der Gesamtvergütung zu erstrecken. Obwohl die Vergütung für Zahnersatz nicht Bestandteil der Gesamtvergütung ist und rechtlich nicht von den Empfehlungen erfaßt wird, haben sich die Empfehlungen nach dem ausdrücklichen Willen der Vertragspartner auch auf die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen erstreckt. Der Punktwert für prothetische Leistungen war daher stets mit dem Punktwert für die übrigen Leistungen identisch, so daß es für alle zahnärztlichen Leistungen, also auch für prothetische Leistungen, nur einen einheitlichen Punktwert gibt.

Dadurch wird sichergestellt, daß die im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen festgelegten Bewertungsrelationen nicht durch Vergütungsvereinbarungen unterlaufen werden. Eine Einbeziehung des Zahnersatzes in die Gesamtvergütung läßt sich also nicht mit dem Hinweis darauf rechtfertigen, daß die Honorarfindungskriterien des § 368 f Abs. 4 und die Empfehlungskompetenz der Konzertierten Aktion andernfalls leerliefen.

**Zu 3.**

Erfahrungen mit der Anwendung sowie den Auswirkungen der Regelungen über die Gesamtvergütungen und Arzneimittelhöchstbeträge, wobei insbesondere die Fragen der Rechtsanwendung durch die Selbstverwaltung (auch im Verhältnis RVO/Ersatzkassen) sowie die Umsetzung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen auf Landesebene einbezogen sein sollen

Die Empfehlungen der Bundesverbände der Krankenkassen und der KZBV für die Zeit vom 1. Juli 1979 an wurden von den Partnern der Gesamtverträge auf Landesebene übernommen, wobei nur in wenigen Fällen Abweichungen von der empfohlenen

Vergütungshöhe festzustellen waren. Die Abweichungen der in den Gesamtverträgen vereinbarten Vergütungen von den empfohlenen Vergütungen waren jeweils nur geringfügig, wobei sich die Abweichungen nach oben und nach unten in etwa die Waage gehalten haben.

Die Erfahrung, daß Bundesempfehlungen bis auf wenige Ausnahmen von den Gesamtvertragspartnern nachvollzogen wurden, ist nicht erst bei den jüngsten Empfehlungen seit Inkrafttreten des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes gemacht worden, sondern ist eine Erfahrung, die die KZBV gemacht hat, solange sie mit den Bundesverbänden der Krankenkassen Bundesempfehlungen vereinbart hat. Solche Empfehlungsvereinbarungen wurden in der Vergangenheit schon ohne ausdrückliche Regelung im Gesetz, und zwar erstmalig im Jahre 1962 und seitdem in regelmäßigen Abständen abgeschlossen. Auch hier zeigt sich, daß nichtgesetzlicher Zwang oder dirigistische Zentralisierung erforderlich sind, um abgestimmtes Verhalten und Selbstkoordinierung der regionalen Gliederungen zu gewährleisten.

**Zu 4.**

Angaben über die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und die Einkommensentwicklung der Versicherten (1977 bis 1981), wobei insbesondere bereichsspezifische Darstellungen maßgeblicher Ausgabenpositionen vorgenommen und aus Ihrer Sicht kritische Ausgabenentwicklungen näher erläutert werden sollten

Die Ausgabenentwicklung in den Jahren 1977 bis 1981 kann der beigefügten Tabelle entnommen werden.

Dabei ist herauszuheben, daß der Anstieg der Ausgaben je Mitglied für das Honorar für zahnärztliche Leistungen einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen jeweils gegenüber dem Vorjahr im Jahre 1978 bei +3,7 v. H., im Jahre 1979 bei +4,9 v. H., im Jahre 1980 bei +5,0 v. H. und im I. Quartal 1981 bei +3,8 v. H. lag.

Die Ausgabenentwicklung hat sich damit jeweils deutlich unterhalb der von der Konzertierten Aktion prognostizierten Grundlohnsummenentwicklung (1978: 5,5 v. H., 1979: 6 v. H., 1980: 6,5 v. H.), aber auch unterhalb der später eingetretenen Grundlohnsummenentwicklung (1978: 5,3 v. H., 1979: 6,2 v. H., 1980: 5,5 v. H.) bewegt.

Selbst bei isolierter Betrachtung der Entwicklung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen ergibt sich ein ähnliches Bild:

Im Jahre 1978 lag die Entwicklung der Ausgaben für zahnärztliches Honorar je Mitglied infolge der Zuschußabsenkung durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz lediglich bei +0,5 v. H.

Der Gesamtausgabenanstieg (einschließlich der Material- und Laboratoriumskosten) lag wegen des überproportionalen Anstieges der Material- und Laboratoriumskosten bei 4,5 v. H. Auch in den Jahren 1979 und 1980 war nur der Anstieg der Material- und Laboratoriumskosten überproportional, so daß nur die Zusammenfassung der Ausgaben für zahnärztliches Honorar und Material- und Laboratoriumskosten jeweils über der Grundlohnsummenentwicklung lag. Der Anstieg der Ausgaben für zahnärztliches Honorar bei Prothetik in den Jahren 1979 und 1980 lag mit 6,4 v. H. bzw. 6,3 v. H. in etwa im Rahmen der prognostizierten Grundlohnsummenentwicklung.

Die zahnärztlichen Honorare bewegten sich also sowohl in der Gesamtbetrachtung als auch bei den einzelnen Leistungsbereichen über den gesamten Zeitraum hinweg eindeutig innerhalb der Grundlohnsummenentwicklung.

Dieser Trend setzt sich im Jahre 1981 verstärkt fort:

Im I. Quartal 1981 lag der Anstieg der Ausgaben für zahnärztliches Honorar bei +3,8 v. H., bei der Prothetik im 1. Halbjahr 1981 bei +1,5 v. H.

Umgekehrt führte die Entwicklung des Preisindex zu einer stärkeren als der von der Konzertierten Aktion unter Zugrundelegung des Jahreswirtschaftsberichts prognostizierten Steigerungsrate der Praxiskosten: Während 1979 die angenommene Veränderung der Preisentwicklung mit +3,0 v. H. veranschlagt wurde, betrug der reale Zuwachs +4,1 v. H. Für 1980 wurden +4,5 v. H. prognostiziert, während real eine Preissteigerungsrate von +5,5 v. H. eintrat.

Die den Empfehlungen der Konzertierten Aktion zugrundeliegenden Daten haben sich insoweit für die Zahnärzte schlechter entwickelt als die den Vergütungen zugrundegelegten Rahmenbedingungen. Die KZBV weist nachdrücklich auf diese den Realwertverlust der Einzelleistungsvergütung beschleunigende Entwicklung hin. Beide Komponenten der Vergütungsfestlegung, die Unterschreitung des Rahmens der Grundlohnsummensteigerung und die überproportionale Kostensteigerung zeigen, daß die Kassenzahnärzte seit Jahren innerhalb der gesamtwirtschaftlichen Bezugsgrößen des Gesundheitswesens einen wirksamen Beitrag zur Kostendämpfung geleistet haben.

Wäre in den anderen Ausgabenbereichen eine entsprechende Entwicklung erfolgt, und wäre nicht in erster Linie der ambulante kassen(zahn)ärztliche Sektor der Kostendisziplin unterworfen worden, so hätte der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur stabil gehalten, sondern sogar gesenkt werden können.

Auf dieser Linie liegt auch die Ihnen schriftlich vorliegende Zusage der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, einer Verlängerung der bestehenden Vergütungsregelungen bis zum Jahresende 1982 zuzustimmen. Diese Zusage, die zu einer weiteren erheblichen Kostenentlastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen wird, setzt umgekehrt voraus, daß nicht die erneut unter Beweis gestellte Bereitschaft der Zahnärzteschaft zur Mitwirkung an

einer finanziellen Entlastung der Krankenversicherung durch gesetzgeberische Maßnahmen unterlaufen wird, die die Bemühungen auf Selbstverwaltungsebene um eigenverantwortliche Problemlösungen zunichte machen.

Die KZBV richtet daher an Sie den dringenden Appell, diese Gesichtspunkte bei Ihrem Erfahrungsbericht über die Auswirkungen des KVKG und evtl. Vorschlägen für dessen Umsetzung zu berücksichtigen.

**Über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnete Beträge**

Bundesgebiet (einschließlich Berlin [West])

RVO- und Ersatzkassen[1])

| Zeitraum | Zahnärztliche Behandlung ohne Prothetik | | | | | | Prothetik[2]) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Zahnärztliches Honorar + Material- und Laborkosten | | | Nur zahnärztliches Honorar | | | Zahnärztliches Honorar + Material- und Laborkosten | | | Nur zahnärztliches Honorar | | |
| | Mio DM | Veränderung in v.H. | Veränderung je Mitglied in v.H. | Mio DM | Veränderung in v.H. | Veränderung je Mitglied in v.H. | Mio DM | Veränderung in v.H. | Veränderung je Mitglied in v.H. | Mio DM | Veränderung in v.H. | Veränderung je Mitglied in v.H. |
| 1977 | 4 306,8 | – | – | 4 055,4 | – | – | 5 085,5 | – | – | 2 637,1 | – | – |
| 1978 | 4 661,3 | + 8,2 | + 6,4 | 4 362,3 | + 7,6 | + 5,8 | 5 405,3 | + 6,3 | + 4,5 | 2 695,8 | + 2,2 | + 0,5 |
| 1979 | 4 914,6 | + 5,4 | + 4,0 | 4 596,5 | + 5,4 | + 3,9 | 6 118,7 | + 13,2 | + 11,6 | 2 909,7 | + 7,9 | + 6,4 |
| 1980 | 5 214,6 | + 6,1 | + 4,4 | 4 866,8 | + 5,9 | + 4,2 | 6 966,0 | + 13,8 | + 12,0 | 3 143,4 | + 8,0 | + 6,3 |
| 1. Quartal 1981 | 1 467,5 | + 7,0 | + 5,5 | 1 373,1 | + 7,2 | + 5,7 | 1 714,2 | + 3,0 | + 1,5 | 765,5 | + 2,0 | + 0,6 |
| Januar bis Juli 1981 | – | – | – | – | – | – | 4 229,7 | + 4,5 | + 3,1 | 1 883,7 | + 2,8 | + 1,5 |

| Zeitraum | Zahnärztliche Behandlung einschließlich Prothetik | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Zahnärztliches Honorar + Material- und Laborkosten | | | Nur zahnärztliches Honorar | | |
| | Mio DM | Veränderung in v.H. | Veränderung je Mitglied in v.H. | Mio DM | Veränderung in v.H. | Veränderung je Mitglied in v.H. |
| 1977 | 9 392,3 | – | – | 6 692,4 | – | – |
| 1978 | 10 066,6 | + 7,2 | + 5,4 | 7 058,1 | + 5,5 | + 3,7 |
| 1979 | 11 033,3 | + 9,6 | + 8,1 | 7 506,2 | + 6,3 | + 4,9 |
| 1980 | 12 180,6 | + 10,4 | + 8,6 | 8 010,2 | + 6,7 | + 5,0 |
| 1. Quartal 1981 | 3 181,7 | + 4,8 | + 3,3 | 2 138,6 | + 5,3 | + 3,8 |
| Januar bis Juli 1981 | – | – | – | – | – | – |

Veränderung jeweils gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum

[1]) RVO-Kassen: Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftliche Krankenkassen, See-Krankenkasse (ab Januar 1981 ohne See-Krankenkasse);
Ersatzkassen: Verband der Angestellten-Krankenkassen/Verband der Arbeiter-Ersatzkassen

[2]) abgerechnete Beträge = Zuschüsse der Krankenkassen

**Anlage 3**

## Einzelberichte weiterer Spitzenorganisationen:

1. Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände
2. Bundesärztekammer
3. Verband der privaten Krankenversicherung
4. Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen deutscher Apotheker
5. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie

### 1. Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände

Die Schaffung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen war ein politischer Kompromiß zwischen den unterschiedlichen Ansichten über das Instrumentarium des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes von 1977. Sie ist von uns nicht gefordert worden. Wir haben uns aber auch nicht grundsätzlich gegen ihre Einrichtung gewandt. Allerdings haben wir stets die Notwendigkeit betont, daß hierdurch die autonomen Verhandlungen und Entscheidungen der Vertragspartner in der Krankenversicherung nicht ersetzt werden können und dürfen. Hieran halten wir unverändert fest.

Für diesen Standpunkt sprechen zunächst ordnungspolitische Gründe. Bei der Durchführung des Krankheitsschutzes handelt es sich um einen Bereich, der nach dem Willen des Gesetzgebers in Selbstverwaltung der Beteiligten erfolgen soll. Der Staat sollte hier äußerste Zurückhaltung üben. Die Selbstverwaltung der Beteiligten hat eindeutig Vorrang. Staatliche Einwirkung muß die Ausnahme bleiben.

Außerdem sprechen pragmatische Überlegungen für diese Haltung. Die unmittelbar Beteiligten können medizinische und sonstige in diesem Bereich relevante Daten sachgerechter als alle übrigen beurteilen. Sie verfügen am ehesten über die Kenntnisse und Erfahrungen, die erforderlich sind, um sich wandelnde Verhältnisse und Gegebenheiten der medizinischen Praxis und Wissenschaft mit veränderten wirtschaftlichen Umständen in Einklang zu bringen. Die eigentlichen Verhandlungen müssen deshalb Sache der Vertragspartner sein und bleiben.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kann aber diese Verhandlungen erleichtern durch Zurverfügungstellung von Entscheidungshilfen genereller Art in Gestalt von Orientierungsdaten, Entwicklungsprognosen usw. Angesichts der knapper werdenden Ressourcen muß es sich heute jeder der am Gesundheitswesen Beteiligten gefallen lassen, in seinen finanziellen Anforderungen an der Entwicklung der Gesamtwirtschaft gemessen zu werden. Wenn die Konzertierte Aktion im Hinblick hierauf auch weiterhin nützliche Hinweise für die bilateralen Verhandlungen bzw. das Verhalten der unmittelbar Beteiligten gibt, kommt ihr dadurch eine wichtige Funktion zu.

Die Konzertierte Aktion übt diese Funktion in einer schwierigen gesamtwirtschaftlichen Situation aus. Deshalb muß das Bemühen im Vordergrund stehen, möglichst zu übereinstimmenden Ergebnissen zu gelangen. Die Arbeitgeber stellen sich dieser gewiß nicht leichten Aufgabe. Sie sind bereit, auch künftig aktiv in der Konzertierten Aktion mitzuarbeiten. Dies nicht nur, weil sie die Hälfte der Mittel für den Krankenversicherungsschutz aufbringen, sondern weil die Sozialpartner eine originäre Mitverantwortung für eine stabile und finanziell gesunde Soziale Sicherung sehen. Die Haltung der Arbeitgeber war und ist von dem Bemühen bestimmt, unsere gegliederte Krankenversicherung in ihrer freiheitlichen Ausgestaltung auch in gesamtwirtschaftlich schwierigen Zeiten leistungsfähig zu erhalten.

Im vorstehenden Sinne verstehen wir den Auftrag der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zur Abgabe von Empfehlungen gemäß § 405 a Abs. 1 RVO. Es besteht keine Veranlassung, von dieser Aufgabenstellung und Wirkungsweise abzugehen. Auch nach unserer Auffassung könnte jedoch daran gedacht werden, die Laufzeiten der Vereinbarungen der Krankenkassen und ihrer Vertragspartner im Prinzip mit dem Empfehlungsrhythmus der Konzertierten Aktion zu synchronisieren. Eine abweichende Geltungsdauer der Verträge müßte jedoch dann vereinbart werden können, wenn die Berücksichtigung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion in jedem Falle gewährleistet ist.

### 2. Bundesärztekammer

Zu der in Ihrem Schreiben vom 17. August 1981 aufgeworfenen Fragestellung hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit Schreiben vom 10. September 1981 geäußert. Dieser Stellungnahme schließen wir uns an.

Ergänzend verweisen wir darauf, daß im Krankenhausbereich die für andere Bereiche des Gesundheitswesens gegebenen prozentualen Empfehlungen der Konzertierten Aktion teilweise erheblich überschritten worden sind. Die Bundesärztekammer hat daher auch in ihren wiederholten Stellung-

nahmen zum Entwurf eines Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes die Absicht begrüßt, nunmehr auch die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausbehandlung in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen durch konkrete Empfehlungen einzubeziehen. Wenn schon mit diesem Instrument die finanzielle Globalsteuerung im Gesundheitswesen bewirkt werden soll, dann muß folgerichtig auch der seinem Volumen nach größte Kostenbereich in die Empfehlungen der Konzertierten Aktion aufgenommen werden. Die Kostendämpfungsbemühungen können auf Dauer nicht nur auf die anderen Leistungsbereiche, dabei insbesondere die Kassenärzte, beschränkt bleiben.

Die Bundesärztekammer verkennt dabei nicht die Problematik, die sich aus der im Krankenhaus-Finanzierungsgesetz enthaltenen und wohl auch erhalten bleiben sollenden Selbstkostendeckungsgarantie ergeben. Solange an der planwirtschaftlichen Konzeption im Krankenhausbereich, insbesondere der Krankenhausfinanzierung, festgehalten wird, besteht die Gefahr, daß das Begrenzen erstattungsfähiger Kosten zum Leistungsabbau führt. Dieser müßte dann politisch verantwortet werden.

Nach den Vorstellungen der Bundesärztekammer wäre eine wirksame Einbindung der Krankenhäuser in die Konzertierte Aktion dann zu realisieren, wenn das jetzige Prinzip, dem Krankenhaus Kosten zu erstatten, verlassen würde und statt dessen konkrete Leistungen angemessen vergütet würden. Das erforderte allerdings den Übergang von der jetzigen Planwirtschaft zu weitgehend freiem Wirtschaften in Selbstverwaltung und Selbstverantwortung der Beteiligten.

### 3. Verband der privaten Krankenversicherung

Die Institution der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen als Gremium zum Meinungsaustausch der hieran maßgeblich Beteiligten begrüßen wir. Wenn wir auch die Gefahr einer starren Preisfestsetzung sehen, die in unser wirtschaftliches System nicht paßt, so bewerten wir die Konzertierte Aktion doch überwiegend positiv.

Für die PKV haben die Empfehlungen der Konzertierten Aktion keine unmittelbare Geltung, können sich aber mittelbar auf sie auswirken.

Zum Krankenhaus- und Arzneimittelbereich haben wir uns bereits in unserer Stellungnahme vom 30. Juli 1981*) geäußert. Die von der Konzertierten Aktion angeregte Verbesserung der Markttransparenz bei Heil- und Hilfsmitteln dürfte nicht fehl am Platz sein, ebenso die für den Bereich des Zahnersatzes geplante Stärkung des Kostenbewußtseins bei den Beteiligten.

***) Stellungnahme vom 30. Juli 1981:**

**Empfehlung vom 10. Oktober 1978 zur Entwicklung der Zahl der niedergelassenen Ärzte**

Die hier angesprochene Problematik hat bislang noch keine Konsequenzen gehabt, auf die seitens der PKV zu reagieren gewesen wäre. Die PKV legt besonderen Wert darauf, daß die Bemühungen zur Novellierung der Approbationsordnung im Sinne einer praxisnäheren Ausbildung der Ärzte tatsächlich intensiviert werden und dabei ein größerer zeitlicher Abstand zu der geplanten vorübergehenden Verlängerung der Vorbereitungszeit für die kassenärztliche Versorgung vermieden wird. Die Ausbildungsvoraussetzungen für die privatärztliche und kassenärztliche Versorgung sollten gleichbleiben.

**Zur Empfehlung vom 22. März 1979 zum Bettenüberhang im Krankenhausbereich**

Die PKV begrüßt es durchaus, wenn Krankenhäuser durch die kurzfristige Herausnahme leerstehender Betten aus Mehrbettzimmern ein bedarfsgerechteres Wahlleistungsangebot im Ein- und Zweibettzimmer-Bereich schaffen. Sie wehrt sich jedoch in der Praxis gegen Tendenzen, daß der bei nicht nur vorübergehender Minderbelegung in der Selbstkostenrechnung vorzunehmende Kostenabzug (§ 18 Abs. 7 BPflV) in den Wahlleistungszuschlag einkalkuliert wird. Dieses Vorgehen stellt neben dem angemessenen Preis-/Wahlleistungsverhältnis auch die auf einen Bettenabbau hinzielende Funktion des Kostenabzugs in Frage.

**Zur Empfehlung vom 22./23. November 1979 zu Fragen der Arzneimittelversorgung**

Die private Krankenversicherung ist dabei, eine Liste von wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Arzneimitteln zusammenzustellen und wissenschaftlich überprüfen zu lassen.

Wenn auch die Auswirkungen der in der privaten Krankenversicherung üblichen Eigenbeteiligung der Versicherten auf die Ausgaben für Arzneimittel nicht detailliert bekannt sind, so läßt sich doch allgemein feststellen, daß die Aufwendungen der PKV für Arzneien und Verbandsmittel im Fünfjahreszeitraum 1974 bis 1979 deutlich unterproportional gestiegen sind. Offenbar sind die Einflußmöglichkeiten der Patienten gerade im Arzneimittelbereich besonders groß.

### 4. Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen deutscher Apotheker

Wir möchten uns auf einen Bericht über die Auswirkungen der Regelungen über die Arzneimittelhöchstbeträge beschränken.

Zunächst dürfen wir in diesem Zusammenhang auf unser Schreiben vom 22. Februar 1980 hinweisen. Darin haben wir dargelegt, daß nach unserer Auffassung es dem Willen des Gesetzgebers nur entspricht, die Ausgaben der GKV für Arzneimittel durch einen Arzneimittelhöchstbetrag zu begrenzen. Für die Beurteilung der Frage, ob der vorgegebene Ausgabenrahmen eingehalten wird, bediente man sich jedoch einer Statistik, die auch die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken mitumfaßt.

Die in unserem Schreiben geäußerte Befürchtung, daß dies zu einer Umgehung der Apotheken im Umsatzbereich Heil- und Hilfsmittel führen wird, hat sich inzwischen — belegbar durch einen überproportionalen Ausgabenzuwachs im Bereich „Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen" — bestätigt.

Es bleibt zu hoffen und abzuwarten, daß die Einrichtung eines Höchstbetrages für Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen den durch die Einrichtung eines einseitigen Höchstbetrags ausgelösten Verzerrungen ein Ende bereitet.

Zu den qualitativen und quantitativen Auswirkungen der Arzneimittelhöchstbeträge fügen wir unserem Schreiben einen gesonderten Bericht über die Arzneimittelhöchstbeträge und die Ausgabenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken bei.

Als Ergebnis ist festzuhalten, daß die Kostendämpfungsbemühungen der Selbstverwaltungsorganisationen im Arzneimittelbereich erfolgreich sind. Es hat sich als wirksam erwiesen, daß die Verbände der Krankenkassen, der Kassenärzte, der Apotheker und der pharmazeutischen Industrie intensive Beratungen über den Arzneimittelbereich der GKV führen und Empfehlungen zur Optimierung des Arzneimitteleinsatzes entwickeln. Der anhaltende Rückgang der Zahl der verordneten Arzneimittel je Versicherten ist u. E. ein deutlicher Beweis für die Wirksamkeit, vor allem des Frühwarnsystems.

In der letzten Zeit werden aufgrund entsprechender Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigung vermehrt ambulante statt der teureren stationären Behandlungen vorgenommen. Dies erfordert naturgemäß einen verstärkten Einsatz von Arzneimitteln. Um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen insgesamt — vor allem aber die Kosten im Krankenhausbereich — in den Griff zu bekommen, sollte diesem Prozeß nicht gegengesteuert werden.

Wir hoffen, hiermit Beiträge zu liefern, die in den Bericht der Bundesregierung an die gesetzgebenden Körperschaften eingehen.

**Bericht — Arzneimittelhöchstbetrag und Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken (1978 bis 1980)**

Die Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker (ABDA) beteiligt sich mit großem statistischen Aufwand und mit erheblichem Personaleinsatz an der Beobachtung und der Analyse der Ausgabenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Vor allem dem Bereich der Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus (öffentlichen) Apotheken wird besonderes Augenmerk gewidmet. Seit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungskostendämpfungsgesetzes und der Einführung eines Arzneimittelhöchstbetrages nach § 268f Abs. 6 RVO wurde die Ursachenforschung für Entwicklungen in diesem Ausgabenbereich verstärkt.

Der nachfolgende Bericht ist eine Zusammenfassung der Analyseergebnisse seit der Etablierung des Arzneimittelhöchstbetrages.

**I. Arzneimittelhöchstbetrag 1978**

Erstmals im Jahr 1978 wurde das Steuerungsinstrument „Arzneimittelhöchstbetrag" eingesetzt. Gemäß einer Vereinbarung zwischen Kassenärzten und Krankenkassen — sie wurde von der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen gutgeheißen — wurde für das 2. Halbjahr 1978 der Ausgabenzuwachs für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken auf 3,5 v. H. begrenzt. Die seitens des BMA festgestellte Steigerungsrate (KV 45) für diesen Zeitraum betrug pro Versicherten 7,9 v. H.

Aus dieser „Überschreitung" kann u. E. nicht auf eine Wirkungslosigkeit des Arzneimittelhöchstbetrages geschlossen werden. Eine Analyse der vorliegenden Statistiken ergibt nämlich, daß die Überschreitung letztlich auf einem sog. Basiseffekt beruht. Durch die Einbeziehung der Rentner in die Selbstbeteiligungsregelung bei Arzneikosten (Arzneikostenbeteiligung) zum 1. Juli 1977 haben die Krankenkassen sowohl eine finanzielle Entlastung (per Saldo *) ca. 255 Mio. DM) erfahren, als auch aufgrund mengenmäßiger Zurückhaltung der Arzneiverordnungen bei Rentnern einen Ausgabenrückgang verzeichnen können. Die Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken je Rentner sind von 246,07 DM (1. Halbjahr 1976) auf 227,42 DM (2. Halbjahr 1977) um 7,6 v. H. zurückgegangen.

Eine nicht ins Gewicht fallende Ausgabensteigerung im Bereich der Mitglieder und der zuvor genannte Ausgabenrückgang bei Rentnern haben dazu geführt, daß die Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken je Versicherten (Mitglieder und Rentner) gerechnet, im 2. Halbjahr 1977 gegenüber 2. Halbjahr 1976 um rd. 2,5 v. H. zurückgegangen sind.

Von dieser ermäßigten Basis her betrachtet, die bei Abschluß der Vereinbarung aufgrund der zeitlich verschobenen Datenermittlung und Datenverfügbarkeit nicht Grundlage der Verhandlungen sein konnte, erscheint der Ausgabenzuwachs von 7,6 v. H. nicht außergewöhnlich hoch.

Berücksichtigt man ferner, daß zum 1. Januar 1978 die Mehrwertsteuer um einen Prozentpunkt angehoben worden ist, und zieht man in Betracht, daß im 2. Halbjahr 1978 bereits die ersten Ausweichreaktionen auf die Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln feststellbar waren (Verordnungen größerer Packungen zur Verminderung des Selbstbeteiligungsanteils), dann kann man nur von einer ganz geringfügigen Überschreitung des Arzneimittelhöchstbetrages 1978 sprechen.

*) Die Neuregelung der Arzneikostenbeteiligung hat zu einer Entlastung der Mitglieder um ca. 55 Mio. DM und einer Belastung der Rentner um ca. 310 Mio. DM geführt.

**II. Arzneimittelhöchstbetrag 1979**

In der Frühjahrssitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen wurde für das Jahr 1979 ein Steigerungsrahmen für Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken von 5,7 v. H. empfohlen. Darüber hinaus wurde eine Unbedenklichkeitsmarge von + 10 v. H. gutgeheißen, so daß die Arzneimittelausgaben im Jahr 1978 um rd. 6,3 v. H. hätten wachsen können, ohne daß entsprechende Maßnahmen der Beteiligten hätten erfolgen müssen.

Da im 1. Quartal 1979 — zum einen saisonbedingt, zum zweiten basiseffektbedingt *) — die Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken um 8,6 v. H. gestiegen waren, wurde insbesondere von seiten der Krankenkassen her, eine Überschreitung des verabredeten Steigerungsrahmens befürchtet. Aufgrund der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Krankenkassenverbände setzte die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Frühwarnsystem in Gang. Damit wurden die Kassenärzte auf die besorgniserregende Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich hingewiesen.

Wie aus Tabelle 1 im Anhang zu entnehmen ist, hat dies seine Wirkung nicht verfehlt.

Sowohl die Anzahl der Rezepte je Versicherten als auch die Zahl der Arzneimittel je Rezept gingen im Jahr 1979 gegenüber 1978 zurück. Dies führte dazu, daß die Zahl der verordneten Arzneimittel je Versicherten im Jahr 1979 um 2,7 v. H. geringer ausfiel als im Jahr 1978. Berücksichtigt man darüber hinaus, daß sich im Jahr 1979 die Zahl der Kassenärzte um 2,2 v. H. erhöht hat, so wird deutlich, daß sich der einzelne Kassenarzt noch erheblich größere Zurückhaltung bei der Verschreibung von Arzneimitteln auferlegt hat, als es der Rückgang der Zahl der verordneten Arzneimittel je Versicherten zum Ausdruck bringt (vgl. Tabelle 2).

Dies hatte seine Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken:

Im Jahre 1979 lag die Ausgabensteigerung mit + 5,3 v. H. unter dem von der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen gutgeheißenen Zuwachsrahmen von 5,7 v. H.

Ohne die Anhebung der Mehrwertsteuer zum 1. Juli 1979 um einen Prozentpunkt wäre das Ausgabenwachstum sogar um einen halben Prozentpunkt geringer ausgefallen und hätte etwa 4,8 v. H. je Versicherten betragen.

**III. Arzneimittelhöchstbetrag 1980**

Für das Jahr 1980 wurde ein Steigerungsrahmen von 5,9 v. H. als Arzneimittelhöchstbetrag vereinbart. Darüber hinaus war wieder eine Unbedenklichkeitsmarge von + 10 v. H. vorgesehen, so daß ein Ausgabenzuwachs von rd. 6,5 v. H. p. a. ohne ein Ingangsetzen des Frühwarnsystems geblieben wäre. Dabei wurden der pharmazeutischen Industrie Preissteigerungen von maximal 4,5 v. H. zugebilligt, die Differenz von 1,4 Prozentpunkten war als Mengenkomponente für Mehrverschreibungen der Kassenärzte vorgesehen.

Wie entsprechenden Statistiken zu entnehmen ist, entwickelten sich die Ausgaben in den ersten zwei Quartalen mit einem Zuwachs von + 5,1 v. H. durchaus in diesem Rahmen.

Im 3. Quartal 1980 ist es zu einem Ausgabenwachstum von 13,6 v. H. gegenüber dem 3. Quartal des Vorjahres gekommen; dabei blieben die Ausgaben je Versicherten mit 87,17 DM auf etwa dem Niveau des 2. Quartals (87,91 DM). In den vergangenen Jahren hingegen war im 3. Quartal regelmäßig ein deutlicher Rückgang der Ausgaben je Versicherten zu verzeichnen gewesen.

Auch im 4. Quartal 1980 setzte sich das Ausgabenwachstum fort (4. Quartal 1980/4. Quartal 1979: + 11,2 v. H.).

Da diese Ausgabenentwicklung zur Überschreitung des Arzneimittelhöchstbetrages 1980 führte, wurde hier der Ansatzpunkt für eine Erklärung gesucht.

Folgende Fakten sind nachweisbar:

Während im 3. Quartal 1979 noch die Zahl der verordneten Arzneimittel je Versicherten um 9 v. H. zurückgegangen ist (vor allem aufgrund der stark eingeschränkten Verordnung bei Mitgliedern — 12,0 v. H., aber auch bei Rentnern — 4,6 v. H.) war im 3. Quartal 1980 ein Anstieg von 3,6 v. H. festzustellen. Weitergehende Recherchen und Analysen haben gezeigt, daß dies auf einen statistischen Basiseffekt zurückzuführen ist und auf einen effektiven Mengenzuwachs. Da keine Anhaltspunkte für eine abrupte Erhöhung des Morbiditätsgrades der Bevölkerung auszumachen sind — wiewohl z. B. die Zunahme chronischer Krankheiten nicht übersehen werden kann —, kommt man zu dem Schluß, daß ganz offensichtlich und spürbar Überweisungen an Krankenhäuser in nicht unerheblichem Maße unterblieben sind, d. h. vermehrt ambulante statt stationäre Behandlungen vorgenommen wurden. Entsprechende Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen haben insoweit Eingang in die Arztpraxis gefunden. Diese Feststellung wird durch die Erhöhung der Fallzahlen und durch Daten aus dem Arzneimittelmarkt (öffentliche Apotheken) untermauert. Sie zeigen, daß Qualität und Quantität der ambulant behandelten Krankheiten sich stark verändert haben.

Die ambulante Behandlung von Patienten, die früher stationär im Krankenhaus vorgenommen wurde, bedingt den Einsatz von besonders wirksamen und zuverlässigen Arzneimitteln. Sie sind in der Regel teurer.

Die Marktzuwächse von Betablockern zur Behandlung von Magenbeschwerden, von Antihistaminen, von Krebsmitteln sowie Parkinsonmitteln im

*) Auch im 1. Quartal 1978 sind die Arzneimittelausgaben je Rentner — nicht zuletzt aufgrund der Arzneikostenbeteiligung — 3,7 v. H. niedriger ausgefallen als im 1. Quartal 1977.

3. Quartal 1980 liegen zwischen 30 und 50 v. H. Darüber hinaus signalisieren Steigerungsraten zwischen 30 und 40 v. H. für cortioidfreie Antirheumatika und für Asthma- und Bronchialmittel auch eine Zunahme von ambulant behandelten chronischen Krankheiten. Die im Jahre 1980 feststellbare Steigerung des Verbrauchs von Insulin um rd. 1/5 stützt die These von einer Änderung der Morbiditätsstruktur. Die Rückverlagerung von bestimmten Therapien aus dem Krankenhaus in die ärztliche Praxis erhöht naturgemäß die Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken. Da es als unbestritten gelten kann, daß mit Hilfe von Arzneimitteln Krankenhausaufenthalte und Operationen in gewissem Umfang vermieden werden können, sind, nach der Beseitigung von Widerständen, die einem raschen Abbau von überzähligen Krankenhausbetten entgegenstehen, im Verhältnis zur Vergangenheit überproportionale Kosteneinsparungen im gesamten Gesundheitswesen durch den optimalen Einsatz von Arzneimitteln zu erwarten.

Seit Jahren sinkt der Anteil der Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken an den gesamten Leistungsausgaben der GKV. Dieser Trend setzte sich ungeachtet der Tatsache fort, daß zwischenzeitlich Arzneimittel auf den Markt gekommen sind, die geeignet sind, Krankenhausaufenthalte und Operationen überflüssig zu machen bzw. abzukürzen und Krankheiten zu behandeln, die zuvor medikamentös nicht angegangen werden konnten.

Um diese Entwicklung nicht zu behindern und die Chance für den Abbau von Krankenhausbetten zu stimulieren, spricht einiges dafür, vorübergehend einen geringfügig überproportionalen Zuwachs der Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken zuzulassen.

So gesehen liegt die Überschreitung des Arzneimittelhöchstbetrages 1980 im Rahmen des Vertretbaren.

**Verbesserung der statistischen Ausgangsbasis**

Zur besseren Durchleuchtung der Entwicklung der Ausgaben der GKV für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken, aber auch der anderen Leistungsbereiche im Gesundheitswesen, erscheint es notwendig, die statistische Ausgangslage zu verbessern.

So wäre beispielsweise ein detaillierterer Kontenplan bei der GKV wünschenswert, um auch die Ausgabenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen und deren Beziehungen untereinander, aber auch in sachfremden Bereichen verfolgen zu können.

Unverzichtbar erscheint die Einbeziehung der mitversicherten Familienangehörigen in der KV 45-Statistik. Der derzeitigen Statistik, die im übrigen unter den erheblichen Erfassungsverzögerungen bei einzelnen Krankenkassen leidet, stellt lediglich auf die Gesamtausgabenvolumina und die Ausgaben je Mitglied bzw. je Rentner bzw. je Versicherten ab. Ihr ist nicht zu entnehmen, ob und inwieweit zusätzliche Ausgaben von zusätzlichen mitversicherten Familienangehörigen verursacht wurden.

Tabelle 1

**Gesetzliche Krankenversicherung**
– Zahl der verordneten Arzneimittel je Versicherten rückläufig –

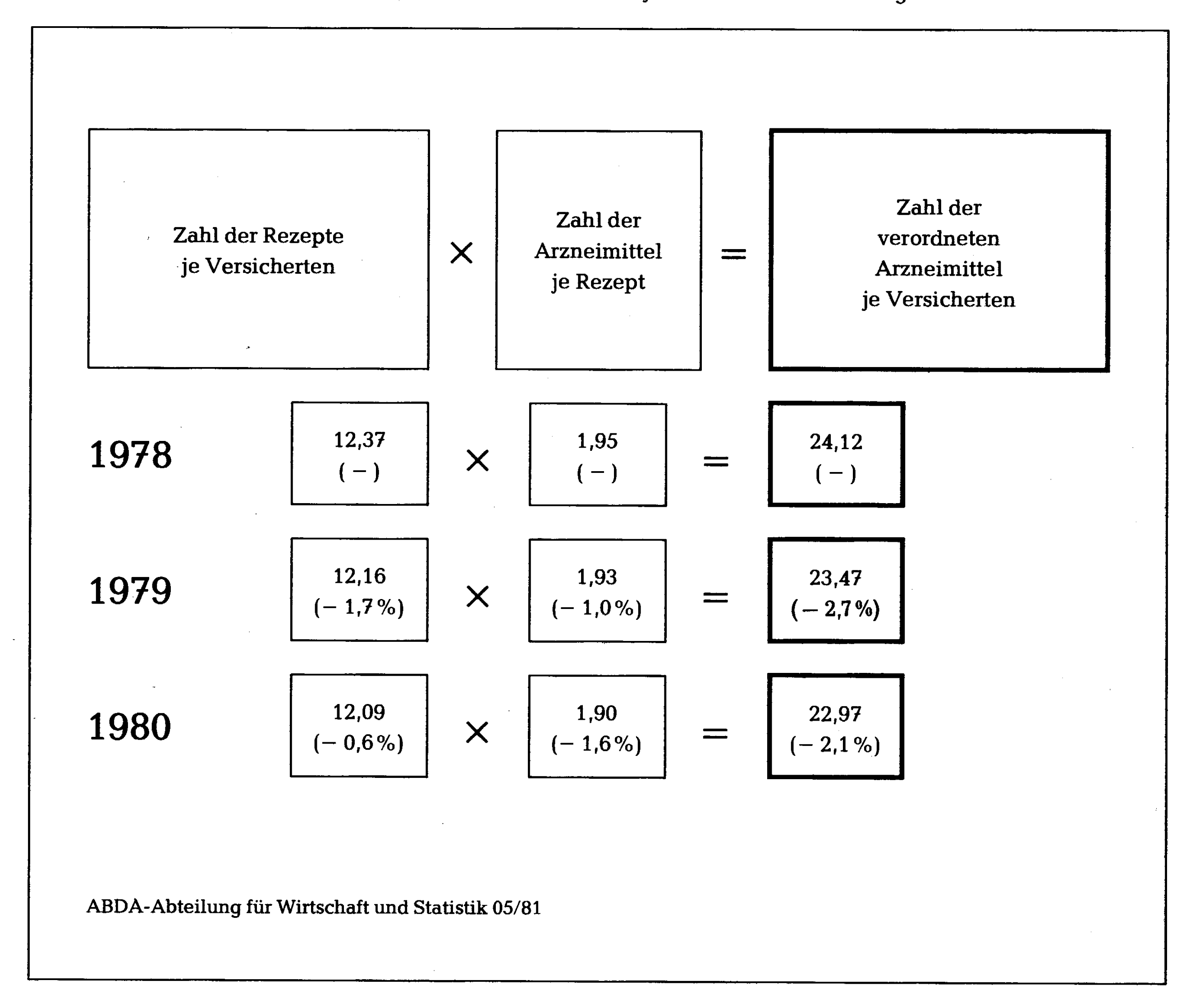



Tabelle 2

**Mehr Kassenärzte verordneten weniger Arzneimittel**

| Jahr | Zahl der Kassenärzte | Veränderung gegenüber Vorjahr | Zahl der verordneten Arzneimittel je Versicherten | Veränderung gegenüber Vorjahr |
|---|---|---|---|---|
| 1978 | 54 144 | + 2,5% | 24,1 | —— |
| 1979 | 55 357 | + 2,2% | 23,5 | – 2,7% |
| 1980 | 56 138 | + 1,4% | 23,0 | – 2,1% |

Quellen: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln, BMA, eigene Erhebungen und Berechnungen
ABDA-Abteilung für Wirtschaft und Statistik – 05/81

### 5. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie

1. Nach Artikel 2 § 6 KVKG hat die Bundesregierung den gesetzgebenden Körperschaften bis zum 31. Dezember 1981 u. a. einen Bericht über die Erfahrungen mit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, den Bundesempfehlungen zur Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge sowie über die Auswirkung der Regelungen über die Gesamtvergütungen und die Arzneimittelhöchstbeträge vorzulegen. Dem BPI wurde vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) anheimgestellt, aus seiner Sicht Erfahrungen mit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, insbesondere ihrer Wirkungsweise sowie den Empfehlungen zu den Arzneimittelhöchstbeträgen, mitzuteilen.

2. Ohne den Bericht zum KVKG zu erstellen, hat die Bundesregierung am 28. September 1981 den „Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz — KVEG)“ (BT-Drucksache 9/845) vorgelegt, der inzwischen vom Deutschen Bundestag verabschiedet wurde. Nach der Begründung soll mit diesem Gesetz auf die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, die stärkere Beschränkung der Leistung auf das medizinisch Erforderliche und auf den Preiswettbewerb in Teilbereichen der gesundheitlichen Versorgung Einfluß genommen werden. Die im KVEG vorweggenommenen Entwicklungen hätten nach Auffassung des BPI in dem Bericht zum KVKG analysiert werden müssen. Die Tatsache, daß die Bundesregierung die gesetzgeberische Initiative ergriffen hat, ohne den Erfahrungsbericht abzuwarten, wertet er als ein Unterlaufen des Gesetzesauftrags. Das Verhalten der Bundesregierung, insbesondere des für KVKG und KVEG federführenden Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, ist wenig geeignet, Vertrauen bei den am Gesundheitswesen beteiligten Gruppen zu schaffen und ihr freiwilliges, selbstverantwortliches Bemühen um Kostendämpfung zu fördern. Der BPI sieht durch Vorlage und Verabschiedung des KVEG den Sinn des Erfahrungsberichts zum KVKG in Frage gestellt. Vor dem Hintergrund seines eingeschränkten Wertes nimmt der BPI im einzelnen wie folgt Stellung.

3. Ein wesentliches Instrument des KVKG ist die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (§ 405 a RVO). Der BPI versteht die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zum einen als ein Gremium, das medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen entwickelt und unter den Beteiligten abstimmt. Die Empfehlungen, die dieses Gremium jährlich zum 31. März abzugeben hat, verleihen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zum anderen den Charakter einer wirtschafts-/gesundheitspolitischen Maßnahme. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist wie die Konzertierte Aktion des „Stabilitätsgesetzes“ von 1967 vor allem für Zwecke der globalen und/oder sektoralen Einkommenspolitik im Gesundheitswesen gedacht und soll letztlich jeweils gewisse Preisniveau- oder Kostenniveauentwicklungen beeinflussen.

4. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als Gremium, das durch Abstimmung über Orientierungsdaten und konkrete Empfehlungen eine Verhaltenskoordination der an dieser Einrichtung beteiligten Gruppen auf nachgeordneter Ebene bewirken soll, hat ohne Zweifel den Kontakt und den Informationsaustausch zwischen diesen Gruppen verstärkt. So wurden zum Beispiel alle Empfehlungen, welche die Konzertierte Aktion zum Arzneimittelbereich, insbesondere zu den Arzneimittelhöchstbeträgen, bislang abgegeben hat, zwischen Ärzten, Apothekern, Krankenkassen und pharmazeutischer Industrie vorab eingehend erörtert und ihre Formulierungen abgestimmt. Nach Auffassung des BPI kann dieser „Zwang“ zum Gespräch durchaus als begrüßenswert bezeichnet werden. Durch Gespräche werden Informationslücken geschlossen, Vorurteile abgebaut und öffentliche Polemiken weitgehend vermieden. Die Diskussion wird versachlicht.

5. Die Tatsache, daß der Kontakt zwischen den am Gesundheitswesen beteiligten Gruppen intensiviert wurde, sagt allerdings noch nichts darüber aus, ob die von der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen erhofften Wirkungen auch tatsächlich eintreten. Mit dem Hinweis auf die verabschiedeten Empfehlungen und auf die tatsächliche Ausgabenentwicklung ist diese Frage nicht zu beantworten. Daß die Probleme, die hier auftreten und zu bewältigen sind, viel tiefer liegen, hat sich bei den Arzneimittelhöchstbeträgen gezeigt.

6. Durch die Arzneimittelhöchstbeträge sollen Ärzte, Krankenkassen, Pharma-Hersteller und Patienten beeinflußt werden, „richtig“ zu handeln, d. h. sich in einer Weise zu verhalten und zu agieren, die den Zielen der Steuerung im Arzneimittelbereich entspricht. Hier entsteht die Frage, wie der einzelne Arzt, die einzelne Krankenkasse, der einzelne Hersteller und der einzelne Patient dazu gebracht werden können, diejenigen Verhaltensweisen anzunehmen, die von den „Steuerleuten“ vom Standpunkt der Globalsteuerung für notwendig gehalten werden. Folgende Problembereiche müssen hier nicht nur aufgrund theoretischer Überlegungen, sondern auch aufgrund der bisherigen vom BPI gemachten praktischen Erfahrungen unterschieden werden:

   a) Voraussetzung für ein zielkonformes Handeln ist die Verfügbarkeit geeigneter Informationen. Die Orientierungsdaten für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

stammen aus dem Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung. Da dieser aber nur Gesamtgrößen beinhaltet und sektorale Detailplanung ausdrücklich ausschließt, müssen die Prognosen über Einkommens-, Preis- und Kostenentwicklungen im Gesundheitswesen starken normativen Charakter haben. Diese Schlußfolgerung ist durch die Erfahrung in bezug auf die Arzneimittelpreise bestätigt worden: Die Arzneimittelpreise sollen sich höchstens in demselben Ausmaß entwickeln dürfen wie die allgemeine Inflationsrate. Warum in der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gerade diese Korrelation gefordert wird, ist nicht überzeugend erklärbar und hat mit marktwirtschaftlichen Preisbildungsmechanismen, denen die pharmazeutische Industrie unterliegt, wenig zu tun.

Über die Verbesserung der Effektivität und der Effizienz im Gesundheitswesen und speziell im Arzneimittelbereich sind eine Vielzahl von Informationen denkbar. Diese Fragestellungen sind aber mehr dem Bereich der Gesundheitsökonomik zuzuordnen und können unabhängig von dem Gremium Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erörtert werden.

b) Eine weitere Voraussetzung für abgestimmte Verhaltensweisen besteht darin, daß die Beteiligten an der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen bereit sind, Kompromisse zu schließen. Da aber über die Arzneimittelhöchstbeträge ohnehin eine Einigung herbeizuführen ist, geht es hier im wesentlichen nur darum, diesen Einigungsprozeß in der Konzertierten Aktion zu zentralisieren, was aber in der Praxis dadurch „unterlaufen" wurde, daß sich die unmittelbar beteiligten Gruppen jeweils bereits vorab geeinigt haben.

c) Eine dritte Voraussetzung für das Funktionieren der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen besteht in der Disaggregation von Globalgrößen, d. h. in der Beantwortung der Frage, wie entsteht bei den einzelnen Ärzten, Krankenkassen, Pharma-Herstellern und Patienten das Wissen darüber, welche Handlungen und Verhaltensweisen im Sinne der Orientierungsdaten richtig sind. Das Problem der Disaggregation der Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zu den Arzneimittelhöchstbeträgen auf die nachgeordneten Entscheidungsträger ist im KVKG nicht gelöst und kann auch nicht gelöst werden, ohne massiv in die Rahmenbedingungen der Therapiefreiheit und der marktwirtschaftlichen Ordnung einzugreifen.

Der einzelne Arzneimittelhersteller kann mit der Empfehlung, wie sie zum Beispiel im Frühjahr 1981 vereinbart wurde, daß nämlich die Ausgaben der Träger der GKV für Arzneimittel je Mitglied im Zeitraum 1. Januar 1981 bis 31. März 1982 um nicht mehr als 4,5 v. H. bezogen auf $^5/_4$ der Ausgaben je Mitglied des Jahres 1980 ansteigen sollen, nichts anfangen. Er wird in jedem Fall versuchen, im Wettbewerb mit seinen Konkurrenten ein höheres Umsatzwachstum zu erzielen. Um sich im Sinne des globalen Orientierungsdatums verhalten zu können, benötigte jeder einzelne Hersteller operationale Informationen über die Höhe einer „normalen Gewinnmarge", darüber, was eine „unvermeidliche Preisanpassung" ist, was unter „spektakulären" und unter „maßvollen Preiserhöhungen" zu verstehen ist. Die Vorgabe dieser Information wird allerdings immer eine Fiktion bleiben.

d) Langfristige Kostendämpfung im Gesundheitswesen setzt unter den beteiligten Gruppen Konsens darüber voraus, daß die vorhandenen begrenzten Mittel produktivitätsorientiert verteilt werden. Dieser Konsens wird jedoch nicht zu erreichen sein. Produktivitätsorientierte Verteilung bedeutet nämlich, daß sich die Leistungsausgaben der GKV unterschiedlich, d. h. entsprechend der Produktivitätsentwicklung der jeweiligen Leistungsbereiche entwickeln. Unabhängig davon, ob die hierfür notwendigen Informationen jemals bereitgestellt werden können, hat jede am Gesundheitswesen beteiligte Gruppe ein vitales Interesse daran, zumindest den Status quo aufrechtzuerhalten. An dieser Interessenlage hat auch die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nichts ändern können. Im Gegenteil, die auch von ihr verfolgte Zielsetzung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik in allen Leistungsbereichen trägt mit dazu bei, die bestehenden Verteilungsrelationen aufrechtzuerhalten.

7. In allen seinen Stellungnahmen zum KVKG-Entwurf hatte der BPI darauf hingewiesen, daß durch die Arzneimittelhöchstbeträge der medikamentöse therapeutische Fortschritt behindert würde. Diese Befürchtungen sind leider insoweit bestätigt worden, als eine Strukturkomponente, worunter preiswirksame Mengenstrukturveränderungen zu verstehen sind, von der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen bei den Empfehlungen zu den Arzneimittelhöchstbeträgen als ein gesonderter, neben der Preis- und Mengenkomponente zu berücksichtigender Faktor nicht anerkannt wurde. Die Strukturkomponente, die eine Vielzahl von Substitutionsprozessen widerspiegelt, die sich auf dem Arzneimittelmarkt abspielen, ist diejenige Größe, die den Ärzten die Möglichkeit gibt, ihre Therapie auf neue bessere und in der Regel teurere Präparate zu verlagern. Zur Umsetzung des Innovations- und Rationalisierungseffekts der medikamentösen Therapie muß dieses „Manövrierfeld" dem Arzt unbedingt erhalten bleiben.

8. Zu der Strukturkomponente wurde insbesondere von seiten der Krankenkassen Kritik daran geübt, daß ihre Berechnungsmethode auf

groben Vereinfachungen beruhe und der „wahre“ innovatorische Wert der neuen Produkte nicht berücksichtigt würde. Der BPI verkennt nicht die methodischen Schwierigkeiten, die bei der Berechnung der Strukturkomponente auftreten. Er gesteht zu, daß die Kritik der Krankenkassen in der Anfangsphase nicht unberechtigt war. Das Berechnungsverfahren wurde aber in der Zwischenzeit so verfeinert, daß der methodische Ansatz nunmehr als „sauber“ bezeichnet werden kann. Hinter dem zweiten Kritikpunkt, daß der „wahre“ innovatorische Wert der neuen Produkte nicht berücksichtigt würde, verbirgt sich eine Anmaßung von Wissen, die einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung fremd ist. In einer solchen Ordnung entscheidet ausschließlich der Verbraucher — bei Arzneimitteln ist das der den Vorschriften der RVO unterliegende Arzt als Agent des Patienten —, ob ein Produkt für ihn einen technischen, hier therapeutischen Fortschritt beinhaltet. Der BPI wendet sich deswegen mit aller Entschiedenheit dagegen, daß die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen den „wahren“ therapeutischen Fortschritt neuer Produkte bestimmen soll.

9. In den Sitzungen des Vorbereitenden Ausschusses der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen hat sich immer wieder gezeigt, wie lückenhaft die Datenbasis für die detaillierte Analyse der Entwicklung der Ausgaben der GKV für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken ist. Der BPI hält eine Verbesserung des GKV-Kontenplans für dringend geboten. Er ist bereit, auch weiterhin Zahlen aus seinem Bereich zur Verfügung zu stellen. Bei ihnen muß allerdings berücksichtigt werden, daß sie über den sogenannten GKV-Markt hinausgehen und von der „Endverbraucherstufe“, die die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen interessiert, am weitesten entfernt sind.

10. Der BPI hat die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen weder als Gremium noch als wirtschafts-/gesundheitspolitische Maßnahme gewollt. Er hat sie durch seine Mitarbeit aber akzeptiert. Wichtig erscheint dem BPI allerdings, daß sich die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen der Grenzen ihrer Möglichkeiten in einer freiheitlichen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung stärker bewußt wird.

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 5300 Bonn
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 08 21, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon (02 28) 36 35 51
ISSN 0172-6838